



مركز البحوث

إدارة الرعاية الصحية



تأليف

د . طلال بن عايد الأحمد

بسم الله الرحمن الرحيم



مركز البحوث

إدارة الرعاية الصحية

تأليف

د. طلال بن عايد الأحمدى

١٤٢٥ هـ - ٢٠٠٤ م

بطاقة الفهرسة

ح) معهد الإدارة العامة، ١٤٢٥هـ

فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر

الأحمدي، د. طلال بن عايد

إدارة الرعاية الصحية / طلال بن عايد الأحمدي - الرياض ١٤٢٥هـ

٣٨٤ ص ١٧ سم × ٢٤ سم

ردمك ٩٩٦٠-١٤-١٢٠-٩

١ - العناية الصحية أ - العنوان

١٤٢٥/٢٣٠٧

ديوي ٦١٤

رقم الإيداع: ١٤٢٥/٢٣٠٧

ردمك: ٩٩٦٠-١٤-١٢٠-٩

بسم الله الرحمن الرحيم

﴿وَقُلْ اَعْمَلُوا فَسَيَرَى اللّٰهُ عَمَلَكُمْ وَرَسُولُهُ وَالْمُؤْمِنُونَ وَسَتُرَدُّونَ اِلَى عَالَمٍ الْغَيْبِ
وَالشَّهَادَةِ فَيُنَبِّئُكُمْ بِمَا كُنْتُمْ تَعْمَلُونَ﴾

صدق الله العظيم

(سورة التوبة، الآية ١٠٥)

قائمة المحتويات

الموضوع	الصفحة
المقدمة	١٣
الفصل الأول: نظم الرعاية الصحية الوطنية	١٧
أولاً - مفهوم نظام الرعاية الصحية	١٩
ثانياً - الأهداف الأساسية لنظم الرعاية الصحية	٢٠
ثالثاً - السياسات الصحية	٢٢
رابعاً - أنواع الخدمات الصحية المقدمة فى نظم الرعاية الصحية	٢٤
خامساً - مصادر وأساليب تمويل خدمات الرعاية فى النظم الصحية	٢٦
سادساً - مكونات نظم الرعاية الصحية	٢٨
سابعاً - أنواع نظم الرعاية الصحية الوطنية	٣١
ثامناً - نموذج نظام الرعاية الصحية الوطنى حسب خصائصه الاقتصادية والاجتماعية والسياسية	٣٦
تاسعاً - تقييم نظام الرعاية الصحية الوطنى	٣٨
عاشرأ - المشكلات التى تواجه نظم الرعاية الصحية الوطنية	٤٠
حادى عشر - أسس الارتقاء بنظم الرعاية الصحية ومقوماته	٤٢
الفصل الثانى: التخطيط لمرافق الرعاية الصحية	٤٩
أولاً - مفهوم التخطيط والتنفيذ لمرافق الرعاية الصحية	٥١
ثانياً - الإعداد للتخطيط لمرافق الرعاية الصحية وتصميمها	٥٢
١- وضع الخطة العامة أو الإستراتيجية للمرفق الصحى	٥٣
٢- فريق التخطيط الداخلى	٥٤
٣- فريق التخطيط الخارجى	٥٦
٤- أساليب التعاقد لتصميم المشروع وإنشائه	٥٧
ثالثاً - مراحل عملية التخطيط لتشييد مرافق الرعاية الصحية	٥٩
أ- مرحلة التخطيط لمرافق الرعاية الصحية وتصميمها	٦٠

تابع - قائمة المحتويات

الموضوع	الصفحة
ب - مرحلة التخطيط لتنفيذ مشروعات مرافق الرعاية الصحية	٦٢
رابعاً - المبادئ العامة والاعتبارات الرئيسية للتخطيط لمرافق الرعاية الصحية	٦٤
خامساً - مبادئ التصميم الداخلى لمرافق الرعاية الصحية واعتبارات	
تحديد المساحات اللازمة	٦٦
الفصل الثالث: تنظيم منظمات الرعاية الصحية	٧٥
أولاً - مفهوم التنظيم والتصميم التنظيمى	٧٧
ثانياً - أهمية تنظيم منظمات الرعاية الصحية	٧٨
ثالثاً - المفاهيم الرئيسية لتنظيم منظمات الرعاية الصحية	٨١
١- تقسيم العمل	٨٢
٢- علاقات السلطة والمسؤولية	٨٢
٣- التقسيم على أساس الوحدات	٨٥
٤- نطاق الإشراف	٩٠
٥- التنسيق	٩٣
رابعاً - الخارطة والأدلة التنظيمية	٩٥
خامساً - التنظيم غير الرسمى	٩٧
١- طبيعة التنظيمات غير الرسمية	٩٧
٢- العوامل الرئيسية فى تشكيل الجماعات غير الرسمية	٩٨
٣- الجوانب الإيجابية للتنظيم غير الرسمى	٩٩
٤- التعايش مع التنظيم غير الرسمى	٩٩
سادساً - النظرة المتكاملة لتصميم التنظيم	١٠٠
الفصل الرابع: الرقابة على خدمات الرعاية الصحية وتقييمها	١٠٩
أولاً - مفهوم الرقابة وعناصرها	١١١

تابع - قائمة المحتويات

الموضوع	الصفحة
ثانياً - مستويات الرقابة فى منظمات الرعاية الصحية وأنواعها	١١٤
ثالثاً - وسائل الرقابة فى منظمات الرعاية الصحية	١١٥
رابعاً - مفهوم تقييم خدمات الرعاية الصحية	١١٨
خامساً - موقع التقييم فى العملية الإدارية	١١٩
سادساً - المقومات الموضوعية فى عملية تقييم خدمات الرعاية الصحية	١٢١
سابعاً - القضايا الرئيسية المرتبطة بتقييم خدمات الرعاية الصحية	١٢٢
١- مدى وجود نظام فعال للتخطيط الصحى	١٢٢
٢- مراقبة جودة خدمات الرعاية الصحية	١٢٥
٣- تقييم اقتصاديات تشغيل خدمات الرعاية الصحية	١٣٣
أ- الفعالية	١٣٣
ب - الكفاءة	١٣٧
ج - الإنتاجية	١٣٩
ثامناً - أساليب النهوض بفعالية خدمات الرعاية الصحية وكفاءتها وإنتاجيتها ومستوى جودتها	١٤٢

الفصل الخامس: حل المشكلات الإدارية واتخاذ القرارات فى منظمات

الرعاية الصحية	١٥٩
أولاً - مفهوم حل المشكلات الإدارية واتخاذ القرارات	١٦١
ثانياً - أنواع القرارات	١٦٢
ثالثاً - أنواع المشكلات الإدارية	١٦٣
رابعاً - العلاقة بين تحليل المشكلات الإدارية وحلها واتخاذ القرارات	١٦٥
خامساً - عملية حل المشكلات	١٦٦
١- تحليل المشكلة (التعرف على المشكلة وتحديدتها)	١٦٨
٢- طرح الافتراضات المتصلة بحل المشكلة	١٧١

تابع - قائمة المحتويات

الموضوع	الصفحة
٣- تحديد الحلول البديلة المؤقتة	١٧٢
٤- تقييم الحلول البديلة وتطبيق معايير القرار	١٧٣
٥- اختيار الحل المناسب وتنفيذه	١٧٤
٦- تقييم النتائج الفعلية للحل	١٧٤
سادساً - العوامل التى تؤثر فى حل المشكلات واتخاذ القرارات	١٧٤
سابعاً - أساليب حل المشكلات الإدارية	١٧٦
ثامناً - وسائل اتخاذ القرارات	١٧٧
الفصل السادس: نظم المعلومات الصحية	١٨٥
أولاً - التطور التاريخى لنظم المعلومات الصحية	١٨٧
ثانياً - تطبيقات تقنية المعلومات فى مجال رعاية المريض وإدارة الخدمات الصحية	١٨٩
١- نظم المعلومات السريرية	١٩١
٢- نظم المعلومات الإدارية	١٩٤
٣- نظم دعم القرارات الإستراتيجية	١٩٦
ثالثاً - اعتبارات التخطيط لنظم المعلومات الصحية وإدارتها	١٩٨
١- اعتبارات التخطيط لنظم المعلومات الصحية	١٩٩
٢- اعتبارات إدارة نظم المعلومات الصحية	٢٠١
الفصل السابع: استخدام الخدمات الصحية	٢٠٧
أولاً - أهمية موضوع استخدام الخدمات الصحية	٢٠٩
ثانياً - مفهوم استخدام الخدمات الصحية	٢١٠
ثالثاً - النماذج التحليلية التى تم تطويرها لتفسير استخدام الخدمات الصحية	٢١٢
١- النموذج السلوكى لاستخدام الخدمات الصحية	٢١٢
٢- النماذج الشاملة الأخرى لاستخدام الخدمات الصحية	٢١٧

تابع - قائمة المحتويات

الموضوع	الصفحة
٣- نماذج اتخاذ القرار عند المريض في صدد استخدام الخدمات الصحية	٢٢٠
أ- نموذج "ستشمان"	٢٢٠
ب- نموذج "كوسا وروبرتسن"	٢٢٢
ج- نموذج "ميكانيك"	٢٢٢
د- نموذج الاعتقاد الصحي	٢٢٢
رابعاً - مؤشرات قياس استخدام الخدمات الصحية	٢٢٣
خامساً - استخدام الأطباء	٢٢٥
سادساً - استخدام المستشفيات	٢٢٧
سابعاً - محددات الطلب على استخدام الخدمات الصحية	٢٢٧
الفصل الثامن: تمويل خدمات الرعاية الصحية	٢٣٩
أولاً - النفقات الصحية	٢٤١
١- حجم الإنفاق على قطاع الرعاية الصحية	٢٤١
٢- تنامي النفقات الصحية	٢٤٤
٣- مصادر نفقات الرعاية الصحية وتوزيعاتها	٢٤٥
ثانياً - مصادر وأساليب تمويل خدمات الرعاية الصحية	٢٤٦
١- مدفوعات المرضى المباشرة مقابل الخدمة المقدمة	٢٤٨
٢- الحكومة	٢٤٨
٣- أرباب العمل	٢٤٨
٤- جهات أخرى	٢٤٨
ثالثاً - التأمين الصحي	٢٤٨
أ- مفهوم التأمين الصحي	٢٤٩
ب- أنواع التأمين الصحي	٢٤٩
رابعاً - عوامل ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية ووسائل السيطرة عليها	٢٥٩

تابع - قائمة المحتويات

الموضوع	الصفحة
خامساً - المنظمات المفضلة لتقديم الخدمة	٢٦١
سادساً - تعويض الطبيب عن الخدمة المقدمة	٢٦٢
سابعاً - إصلاح نظام تمويل الرعاية الصحية	٢٦٣
الفصل التاسع: تسويق خدمات الرعاية الصحية	٢٧٣
أولاً - نظرة عامة إلى مفهوم تسويق خدمات الرعاية الصحية	٢٧٥
١- تعريف تسويق خدمات الرعاية الصحية	٢٧٥
٢- المراجعة التسويقية	٢٧٨
٣- العناصر التسويقية (المزيج التسويقي)	٢٧٩
ثانياً - نظرة عامة إلى تطور التسويق في قطاع الرعاية الصحية	٢٨٣
ثالثاً - أسباب الاهتمام بتسويق خدمات الرعاية الصحية	٢٨٥
رابعاً - أهمية التسويق في منظمات الرعاية الصحية	٢٨٧
خامساً - هل يؤدي التسويق إلى نجاح نظام الرعاية الصحية؟	٢٨٨
سادساً - تعزيز التوجه نحو التسويق	٢٨٩
سابعاً - إستراتيجية التسويق	٢٩٠
ثامناً - عوامل نجاح تسويق خدمات الرعاية الصحية	٢٩٢
الفصل العاشر: إدارة الجودة في خدمات الرعاية الصحية	٢٩٩
أولاً - مفهوم إدارة الجودة والتحسين ومبادئها الرئيسية	٣٠١
ثانياً - أهمية إدارة الجودة والتحسين في منظمات الرعاية الصحية	٣٠٣
ثالثاً - مجالات التطوير الإداري لإدارة الجودة والتحسين:	٣٠٥
١- المعرفة من أجل التحسين	٣٠٥
٢- التزام القيادات الإدارية العليا بتطبيق إدارة الجودة والتحسين	٣٠٧
٣- الأساليب المستخدمة في عملية تحسين الجودة	٣١٠

تابع - قائمة المحتويات

الصفحة

الموضوع

٣١١	٤- التزام العاملين بتحسين الجودة وقيمها الجوهرية ومنحهم الصلاحيات المناسبة لتحسين الجودة
٣١٣	رابعاً - أوجه الصعوبات المحتملة فى تطبيق إدارة الجودة والتحسين فى منظمات الرعاية الصحية
٣١٥	ملحق - خدمات الرعاية ذات الأولوية فى فال إيلسبرى، إستراتيجية عمل لتطبيق الجودة
٣٢٣	الفصل الحادى عشر: القوى العاملة الصحية
٣٢٥	أولاً - فئات القوى العاملة الصحية
٣٢٦	١- الأطباء
٣٢٩	٢- أطباء الأسنان
٣٢٩	٣- الصيادلة
٣٣٠	٤- الممرضون والممرضات
٣٣١	٥- الفئات الصحية المساعدة الأخرى
٣٣٤	ثانياً - أهمية القوى العاملة الصحية
٣٣٦	ثالثاً - مفهوم التخطيط للقوى العاملة الصحية ومجالاته
٣٣٧	رابعاً - عملية التخطيط للقوى العاملة الصحية
٣٣٩	خامساً - أساليب تقدير احتياجات برامج الرعاية الصحية وخدماتها من القوى العاملة الصحية
٣٤٨	سادساً - أوضاع القوى العاملة الصحية وسبل تميمتها
٣٦٧	المراجع
٣٦٧	أولاً- المراجع العربية
٣٧٢	ثانياً - المراجع الأجنبية

المقدمة:

يهدف هذا الكتاب إلى إلقاء الضوء على أهم المفاهيم، والأسس، والمنهجيات والجوانب التطبيقية، المتصلة بموضوعات إدارة الرعاية الصحية ومنظمتها، وأهم ما تنطوي عليه من مشكلات تعوق النهوض بمستويات أدائها.

وقد كان الحافز إلى وضع هذا الكتاب افتقار المكتبة العربية إلى دراسة شاملة لهذا الميدان التطبيقي الآخذ في التوسع، إذ قلما يُنظر إلى مسألة تحسين نظم الرعاية الصحية وإدارة منظمتها بصورة شاملة.

ولما كان الارتقاء بمستوى الصحة العامة في أى بلد من بلدان العالم أحد الأركان الأساسية للتقدم فيه، والقضاء على التخلف، فقد باتت دراسة نظم الرعاية الصحية، والتخطيط لمرافقها، وتنظيم منظمتها، والرقابة على مرافقها وخدماتها، وتقييم تلك الخدمات، وحل مشكلاتها الإدارية، والنظر في كيفية اتخاذ القرارات في إدارتها، من الأمور الأساسية التى لا بد من التصدى لها فى كل دراسة من هذا القبيل.

كما أنه لا بد، فى إطار التحسين المستمر لجودة خدمات الرعاية الصحية، وتحسين مجالات استخدامها، والحد من تكاليفها، والتنافس فى اجتذاب الزبائن، والعمل على الظفر برضاهم، من دراسة واعية لموضوعات إدارة نظم المعلومات الصحية، واستخدام الخدمات الصحية، ونظم تمويلها، وتسويقها، وإدارة الجودة فيها على نحو أمثل.

ولذلك تم تنظيم تلك الموضوعات الأنفة الذكر وعرضها فى أحد عشر فصلا.

ففى الفصل الأول يتم استعراض مفهوم نظام الرعاية الصحية، وأهدافه الرئيسية مع تركيز النظر على المثال السعودى، وأنواع خدمات النظم الصحية المقدمة، والمصادر والأساليب الخاصة بتمويل هذه الخدمات، ومكونات نظام الرعاية الصحية والعوامل المؤثرة فيه، وأنموذج نظام الرعاية الصحية الوطنى، وخصائصه المختلفة، ومتطلبات تقييمه الموضوعى، ومشكلاته، وأسس الارتقاء به ومقوماته.

وفى الفصل الثانى عرض لأصول التخطيط لمرافق الرعاية الصحية وتنفيذها، والاعتبارات الخاصة بالإعداد لتخطيطها وتنفيذ عمليات إنشائها، والأساليب المتبعة فى هذا المجال، ومراحل عملية هذين النشاطين، وبيان المبادئ العامة والاعتبارات الرئيسية الواجب مراعاتها عند التخطيط لها، والمبادئ المتعلقة بتصميماتها الداخلية.

وفى الفصل الثالث عرض لمفهوم التنظيم والتصميم التنظيمى، وأهمية تنظيم منظمات الرعاية الصحية، وأنواعها، ومفاهيم خطوات تنظيمها وتصميمها.

وفى الفصل الرابع حديث عن مفهوم الرقابة، وعناصرها، ومستوياتها، وأنواعها، ووسائلها، والفرق بينها وبين التقييم، وعن موقع التقييم فى العملية الإدارية ومقوماته الموضوعية، وكيفية النهوض بمستوى الخدمات وجودتها.

وفى الفصل الخامس تفصيل لموضوعين مترابطين هما حل المشكلات الإدارية واتخاذ القرارات فى منظمات الرعاية الصحية، حيث يتم التمييز بين هذين الأمرين، وإيضاح العلاقة المنطقية بين تحليل المشكلات وحلها، واتخاذ القرارات. ثم أهم وسائل حل المشكلات وأساليب اتخاذ القرارات.

وفى الفصل السادس حديث عن نظم المعلومات الصحية وأساليب الاستفادة منها، وتطبيقات تقنية المعلومات فى مجال رعاية المرضى وإدارة الخدمات الصحية، والتخطيط لنظم المعلومات وتصميمها وتنفيذها وتشغيلها، والإرشادات العملية لإدارتها بفعالية وكفاءة عاليتين.

وفى الفصل السابع بحث فى أهمية استخدام الخدمات الصحية، ومفهومه، وقياسه، والنماذج التحليلية التى تم تطويرها لتفسير دوافع المواطنين لاستخدام الخدمات الصحية القائمة أو عدم استخدامها، وتوضيح لمؤشرات القياس الدالة على كفاءة الاستخدام، والعوامل التى تؤثر على استخدام كل من خدمات الأطباء، وخدمات المستشفيات. ثم عرض لمحددات الطلب على استخدام خدمات الرعاية الصحية.

وفى الفصل الثامن بحث فى تمويل خدمات الرعاية الصحية فى بعض البلدان المختلفة، وحجم الإنفاق على قطاع الرعاية الصحية فيها، ومصادر تمويل خدمات الرعاية الصحية وأساليبها، ولاسيما نظم التأمين الصحى من حيث كونها إحدى القنوات التمويلية المهمة لتغطية نفقات الرعاية الصحية، وبيان أثر هذه النظم فى ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية، والوسائل المتبعة حالياً للحد منها. ثم أهم القضايا أو المسائل المتصلة بإصلاح نظم تمويل خدمات الرعاية الصحية.

وفى الفصل التاسع عرض لموضوع تسويق خدمات الرعاية الصحية من حيث تطوره، وأهميته، وأسباب اهتمام منظمات الرعاية الصحية بتسويق خدماتها، والتعرف على مدى

تعزيزها لعناصر التسويق التوجيهى فيها. ثم عرض لتطبيقات أدوات التسويق فى تلك المنظمات، وعوامل نجاح التسويق فيها.

وفى الفصل العاشر بحث فى إدارة الجودة فى خدمات الرعاية الصحية، ومجالات تطورها الإدارى، وضرورة التزام القيادات الإدارية العليا بتطبيق إدارة الجودة والتحسين، وعرض للأساليب التى تسهم فى تسريع هذه العملية، والتزام العاملين بتحسين الجودة وقيمها الجوهرية، وضرورة منحهم الصلاحيات الكافية لتحسين الجودة، وأوجه الصعوبات المحتملة التى تواجه تطبيق إدارة الجودة.

وفى الفصل الحادى عشر بحث فى القوى العاملة الصحية، من حيث فئاتها، وأهميتها، ومفهوم التخطيط لها ومجالاته، وبيان كيفية القيام بهذه العملية، وأهم الأساليب المستخدمة فى ذلك لتقدير الاحتياجات من هذه القوى، مع عرض سريع لأوضاع القوى العاملة الصحية الوطنية وسبل تنميتها.

وأخيراً، أسأل الله تعالى أن يكون فى هذا الكتاب عون لدارسى الإدارة الصحية، ومسؤولى التخطيط الصحى، وصانعى القرارات والسياسات الصحية، والباحثين المعنيين بهذا المجال، على استيعاب أسس الإدارة الصحية، ونظرياتها، وتطبيقاتها.

والله من وراء القصد، وهو يهذى إلى سواء السبيل.

المؤلف

الفصل الأول

نظم الرعاية الصحية الوطنية

National Health Care Systems

تحدد الدراسة الموضوعية لأنماط نظم الرعاية الصحية العوامل التي تعوق أداء هذه النظم، مما يدفع القائمين عليها إلى التركيز على تلك العوامل وأخذها بعين الاعتبار عند التخطيط لزيادة فعالية الخدمة الصحية وكفاءتها.

وفى ضوء ما سبق سنعرض فيما يأتى مفهوم نظام الرعاية الصحية، وأهدافه الأساسية - مع الإشارة إلى السياسات الصحية فى المملكة العربية السعودية مثلاً فى هذا المجال - وأنواع خدمات النظم الصحية المقدمة، والمصادر والأساليب الخاصة بتمويل هذه الخدمات، مع توضيح مكونات نظام الرعاية الصحية، وأنواع هذه النظم، وبيان العوامل التى قد تتأثر بها وتلك التى تؤثر فيها. ثم نعرض بعد ذلك لنموذج نظام الرعاية الصحية الوطنى مع خصائصه الاقتصادية والاجتماعية والسياسية، ومتطلبات التقييم الموضوعى لنظم الرعاية الصحية، مع إبراز المشكلات التى تواجهها والأسس والمقومات التى ينبغى مراعاتها لزيادة إمكانات هذه النظم وقدراتها.

أولاً- مفهوم نظام الرعاية الصحية:

يمكن تعريف النظام - من خلال نظرية النظم Systems Theory - بأنه مجموعة من العناصر أو الأنشطة الوظيفية أو النظم الفرعية المتشابكة التى تتعاون من أجل تحقيق أهداف محددة^(١). أما النظم الفرعية Subsystems فهى "مجموعة العناصر أو الأنشطة الوظيفية ضمن النظام الأكبر. وكل نظام هو فى حقيقته نظام متفرع من نظام أكبر، وله فى الوقت ذاته، أنظمة فرعية أصغر"^(٢).

وفى ضوء ما سبق، يمكن النظر إلى النظام الوطنى للرعاية الصحية على أنه نظام مركب من مجموعة نظم فرعية، لكل منها طبيعة مميزة وخصائص مختلفة. وهذه النظم الفرعية قد تتمثل على سبيل المثال فى الجهات المعنية بالشؤون الصحية، وفى طبيعة الخدمات التى تقدمها كل منها ومستواها، كخدمات الرعاية الصحية الشخصية، وخدمات الصحة العامة، وخدمات الرعاية الصحية الخاصة كالعناية بالمعوقين والمسنين، وحالات الإدمان، وحالات الصحة النفسية.

كما يمكن النظر إليه على أنه نظام مفتوح؛ لأنه يعمل على مواجهة مشكلات قد تعترض صحة أفراد المجتمع الذين يتفاعلون معه، ويتأثرون به، ويؤثرون فيه.

ولا تخرج التعريفات التي أوردها الباحثون في نظم الرعاية الصحية عن المنظور الأنثى الذكر. فهذا "مارك فيليد Mark Field"^(٣) يعرف نظام الرعاية الصحية بأنه "مجموعة التعهدات أو الالتزامات والموارد التي يخصصها مجتمع ما - أو يضعها جانباً أو يستثمرها - للاهتمام بالجانب الصحى اهتماماً مستقلاً عن ضروب اهتمامه بالجوانب الأخرى كالتعليم العام، والدفاع، والإنتاج الصناعى، والاتصالات، والإنشاءات الأساسية وما شاكل ذلك".

أما من وجهة نظرية النظم فيعرفه الباحث نفسه^(٤) بأنه الآلية المجتمعية Societal Mechanism التي يتم بها تحويل الموارد العامة أو المدخلات إلى مخرجات متخصصة فى صورة خدمات صحية تستهدف مواجهة المشكلات الصحية فى المجتمع. فى حين يرى "دارسكى ومتزنى Darsky & Metzner"^(٥) أنه تدخل اجتماعى Social Intervention ينظم الأفراد أنفسهم فيه بطريقة معينة لمكافحة الأمراض وأشكال التعويق والموت المبكر أو وقايتهم مجتمعهم منها. أما "العمارى"^(٦) فيعرفه بأنه "الترتيبات التي توزع على ضوءها أدوار معينة وإمكانات محددة لتحقيق الهدف الذى وضعه لها هذا النظام، ألا وهو حماية صحة الأفراد المستفيدين واستعادتها".

بناءً على ما تم ذكره يمكن ملاحظة أن أغلب التعريفات لا تخرج عما يأتى:

- الالتزام الصارم بنظام الرعاية الصحية الوطنى ودعمه السياسى والاجتماعى، مع استقلال ذلك عن الالتزام والدعم المتعلقين بنظم التنمية الأخرى فى الدولة.
- تخصيص الموارد اللازمة التي تكفل تلبية احتياجات أفراد المجتمع الصحية من الكفاءات البشرية بالأعداد والنوعيات المناسبة، وكذا بالنسبة للمنشآت الصحية وتجهيزاتها، فضلاً عن الدعم المالى اللازم.
- وضع الأنظمة واللوائح التنظيمية لتقديم الخدمة والارتقاء النوعى بها.

ثانياً- الأهداف الأساسية لنظم الرعاية الصحية:

على الرغم من تباين أهداف نظم الرعاية الصحية بين دولة وأخرى، بسبب اختلاف الظروف الصحية والسياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية فى كل منها، تظل هناك أهداف عامة يمكن أن تعدّ القاسم المشترك بين معظم هذه النظم. ومن هذه الأهداف:

- الارتقاء بالأوضاع الصحية للسكان إلى مستويات أعلى، وذلك بالتقييم المستمر للبرامج الراهنة وتطويرها. ويقترح " هنريك بلوم Henrick Blum " أن يوضع لهذا الهدف الأهداف التفصيلية الآتية^(٧):
- السعى المستمر نحو إطالة الحياة والوقاية من الموت المبكر.
- خفض معدلات الوفيات الناجمة عن الأمراض.
- خفض مستوى القلق الناجم عن المرض.
- خفض نسبة الإعاقة ولا سيما حالات العجز.
- تحصين المجتمع ضد الأمراض التي تتوافر لها لقاحات.
- زيادة تقبلُ المستفيدين للنظام الصحى.
- تأمين خدمات الرعاية الصحية المتوازنة لجميع أفراد المجتمع.
- تأمين الكفاءات البشرية بالأعداد والنوعيات المناسبة التى تحتاج إليها برامج خدمات الرعاية الصحية بصفة دائمة، والاستغلال الأمثل لهذه الكفاءات، ودعم البرامج التعليمية والتدريبية التى تعمل على تنمية قدرات هذه الكفاءات ومهاراتها.
- تأمين الموارد المالية اللازمة لتغطية نفقات إنشاء المرافق الجديدة وتجهيزها وصيانة القائم منها، والموارد المطلوبة لأنشطة التشغيل السليم لشبكة خدمات الرعاية الصحية.
- تطوير نظام المعلومات الصحية، بما يتيح توفير المعلومات عن الأوضاع والجهود الصحية فى الوقت المناسب.
- تشجيع القطاع الخاص على المشاركة فى تشغيل المرافق الصحية الحكومية - كما فى المملكة العربية السعودية - وعلى وضع المشروعات الصحية، بما يؤدى إلى تحقيق التنمية الصحية الوطنية.
- تحقيق التكامل والتنسيق بين الجهات المعنية ببرامج الرعاية الصحية وخدماتها على المستوى الوطنى .
- وضع الضوابط وإعداد المعايير وتحديد الإجراءات التى تكفل الارتقاء بخدمات الرعاية الصحية.
- تشجيع البحوث والدراسات ذات الصلة بالقضايا والمشكلات الرئيسة التى تواجه نظام الرعاية الصحية على المستوى الوطنى.

ثالثاً- السياسات الصحية:

يقصد بالسياسة Policy - بصفة عامة - الإطار العام الذى يشتمل على مجموعة من الخيارات تتناول التدابير العملية Courses of Action التى يمكن اتخاذها، لمعالجة قضية أو مسألة محددة فى نظام معين، استناداً إلى التجربة العملية أو الخبرة السابقة، أو العلمية، أو إلى كلا هذين معاً. فلو وضع سياسة أو سياسات تتناول مواجهة مشكلة نقص الكفاءات الوطنية فى مجال التمريض فى بلد كالمملكة العربية السعودية مثلاً، يتم وضع مجموعة من الخيارات - مثل: زيادة الحوافز التى قد تدفع الطلاب والطالبات إلى الالتحاق ببرامج التمريض، أو زيادة الطاقة الاستيعابية لمعاهد وكليات التمريض إذا كانت تعمل بكامل طاقتها التشغيلية، أو فتح فروع لها، أو إنشاء معاهد وكليات جديدة، أو فتح باب الابتعاث الخارجى فى هذا المجال. ثم يتم بعد ذلك دراسة هذه الخيارات دراسة موضوعية تتناول قيمة التكلفة وحجم العائد والمدى الزمنى اللازم للحصول على هذا العائد، وعلى ضوء تلك الدراسة يتم اختيار واحد من هذه الخيارات أو أكثر ليكون سياسة تتبع لمواجهة هذه المشكلة.

أما السياسة الصحية الوطنية " فهى تعبير عن الأهداف الرامية إلى تحسين الحالة الصحية وترتيب الأولويات بين هذه الأهداف والاتجاهات الرئيسية لبلوغها"^(٨).

ومن أجل وضع سياسات صحية وطنية فعّالة وملئمة يرى "هارولد لفت Harold Luft" ضرورة استيعاب واضعيها لآليات عمل نظام الرعاية الصحية على نحو شامل وتام، ودراسة مختلف المشكلات التى تواجهه، واضعين نصب أعينهم الانسجام مع تكاليف الرعاية الصحية الآخذة فى الارتفاع، من دون أن يؤدى ذلك إلى الإخلال بمستويات جودة الرعاية الصحية المقدمة^(٩).

وعلى سبيل المثال تراوحت السياسات الصحية التى تم تنفيذها فى الولايات المتحدة الأمريكية فى منتصف الثمانينيات، لتحقيق هدف التجاوب مع احتواء تكاليف الرعاية الصحية Cost Containment، بين وضع لوائح تنظيمية لأسعار الرعاية الصحية، والاستثمار فيها، والرقابة على خدمات الرعاية الصحية فى القطاع الخاص، وتشجيع التنافس بين مختلف أنماط نظم الرعاية الصحية السائدة^(١٠).

ونورد فيما يلى - على سبيل التوضيح - السياسات الصحية فى المملكة العربية السعودية كما جاءت فى خطة التنمية السادسة للفترة من عام ١٤١٥-١٤٢٠هـ/١٩٩٥-٢٠٠٠^(١١).

- أ - تحسين الحالة الصحية للمواطنين، وذلك من خلال تكثيف الجهود لتنفيذ مجموعة واسعة من الإجراءات المتعلقة بأنشطة مراكز الرعاية الصحية، مثل:
- التوسع فى برامج التوعية والتثقيف الصحى فى مجالات التغذية السليمة ورعاية الأمومة والطفولة والوقاية من الأمراض السارية وغير السارية.
 - مكافحة الأمراض المعدية.
 - تنظيم برنامج للكشف الصحى الدورى على الأطفال.
 - التوسع فى التغطية بالتحصين ضد الأمراض المعدية لتشمل جميع الأطفال.
 - تنفيذ إجراءات متابعة الفئات الأكثر تعرضاً للمخاطر الصحية مثل المسنين وذوى العاهات والأمراض المزمنة، وتقديم الرعاية الصحية لهم.
 - تعميم نظام متابعة الحوامل وإجراء الكشف الطبى الدورى عليهن.
 - تعميم نظام تبادل المعلومات بين المستشفيات والمراكز الصحية.
 - رفع مستوى التوعية والتثقيف البيئى من خلال التنسيق مع الجهات الحكومية المعنية.
- ب - التوزيع الإقليمى لخدمات الرعاية الصحية، وذلك من خلال:

- زيادة عدد مراكز الرعاية الصحية الأولية فى المناطق المختلفة وفق المعايير الآتية:
- مركز صحى لكل (١٠,٠٠٠) نسمة فى المدن البالغ عدد سكانها (٢٠٠) ألف نسمة فأكثر.
- مركز صحى لكل (٥,٠٠٠ - ٦,٠٠٠) نسمة فى المدن التى يقل عدد سكانها عن (٢٠٠) ألف نسمة.
- مركز صحى لكل (٥٠٠ - ٢٠٠٠) نسمة فى القرى والهجر والمناطق النائية.
- إعداد خرائط سكانية (ديموغرافية) توضح التوزيع الإقليمى للسكان والحالة الصحية والخدمات الصحية.
- تزويد مراكز الرعاية الصحية الأولية بالتجهيزات والمعدات اللازمة حسب الحاجة، مثل خدمات الأشعة والمختبرات وعيادات الأسنان والخدمات الأساسية الأخرى.
- ربط كل مركز صحى بأقرب مستشفى فى المنطقة يمكن أن تتم الإحالة إليه.

- ج - السعودية فى قطاع الخدمات الصحية، ومن أهم السياسات المعتمدة فى هذا المجال ما يأتى:

- زيادة قدرة الكليات الطبية والمعاهد الصحية القائمة، وافتتاح كليات صحية جديدة بهدف التوسع فى استيعاب أكبر عدد من الدارسين والمتدربين السعوديين.

- زيادة عدد برامج التدريب والابتعاث، وبخاصة برامج الحصول على درجة البكالوريوس.
- تشجيع القطاع الخاص لزيادة إسهامه فى تقديم برامج التدريب والتأهيل للقوى العاملة السعودية فى المجال الصحى.
- د - دعم تمويل الخدمات الصحية، من أجل زيادة تمويل الخدمات الصحية تم إتباع سياسة شمولية تعميم الضمان الصحى للقوى العاملة من غير السعوديين وأفراد أسرهم.
- هـ - رفع كفاءة الرعاية الصحية العلاجية، وذلك من خلال اعتماد جملة من السياسات من أهمها:
 - زيادة عدد أسرة المستشفيات فى القطاعين الحكومى والخاص لتحقيق معدل الأسرة المستهدف.
 - مراعاة الاستخدام الأمثل للأسرة من حيث نسب إشغالها ومعدلات دورانها فى إطار سياسة رفع الكفاءة.
 - تطبيق نظام الجودة النوعية لجميع الخدمات الصحية.
 - تطوير الأساليب اللازمة لتوفير الأدوية والمستلزمات الطبية من حيث التخزين والتوزيع والاستخدام والمراقبة.
 - إجراء دراسة لإيجاد البديل الأفضل لإدارة تشغيل مستشفيات وزارة الصحة، بما يحقق مرونة أكبر، واستخداماً أفضل للموارد المالية والبشرية.
 - إجراء تقييم لأسلوب التشغيل الشامل الذى طبق فى بعض مستشفيات وزارة الصحة، مقارنة بالوضع الذى كان عليه التشغيل قبل تطبيق هذا الأسلوب، لمعرفة جدوى هذا النظام فيما يتصل برفع الكفاءة والسعودة وخفض التكاليف.
- و - زيادة استثمارات القطاع الخاص فى مجال الخدمات الصحية، وذلك من خلال اعتماد السياسة الآتية: دراسة كافة الأساليب اللازمة لزيادة دور القطاع الخاص فى توفير الخدمات الصحية.

رابعاً- أنواع الخدمات الصحية المقدمة فى نظم الرعاية الصحية:

تصنف خدمات الرعاية الصحية التى تقدمها أغلب نظم الرعاية الصحية فى العالم فى نوعين هما: الخدمات الصحية الشخصية Personal Health Services، وخدمات الصحة العامة Public Health Services. وفيما يأتى عرض موجز لذلك^(١٢):

أ - الخدمات الصحية الشخصية:

ويقصد بها تلك الخدمات الصحية - الوقائية أو العلاجية أو التأهيلية - التي تقدم للفرد من قبل الطبيب، أو من قبل المؤهلين للتشخيص والعلاج، والرعاية الشخصية، كأخصائي المختبر، والأشعة، والرعاية النفسية، والتغذية، والعلاج الطبيعي، والتمريض. فزيارة المريض للطبيب، أو لأخصائي العلاج الطبيعي بقصد العلاج هما من صور الخدمات الصحية الشخصية.

وتتضمن الخدمات الصحية الشخصية أنواعاً مختلفة من الخدمات نوجزها فيما يأتي:

- خدمات الرعاية الخارجية Ambulatory Care Services:

وتُعرف بأنها الخدمات الصحية التي لا تشتمل على أى رعاية إيوائية للمستفيدين. ويقدم هذا النوع من الخدمات عادة في عيادات الأطباء الخاصة، أو التابعة للعيادات الخارجية للمستشفى، أو في قسم الطوارئ الملحق به، أو في مراكز الرعاية الصحية الأولية، أو في العيادات المجمع Polyclinics، أو في مراكز العلاج الطبي.

- خدمات الرعاية الداخلية في المستشفيات Hospital Inpatient Services:

ويقصد بها خدمات الرعاية الصحية الإيوائية أو الاستشفائية التي تقدم للمرضى الذين تقتضى حالتهم الصحية الإقامة في المستشفيات العامة أو التخصصية، بقصد التشخيص والعلاج لفترات لا تتجاوز ثلاثين يوماً.

- خدمات الرعاية الطويلة الأجل Long Term Care Services:

وهي خدمات صحية تجمع بين نمطى الرعاية السالف ذكرهما: الرعاية الخارجية، والأخرى الإيوائية. وتتجاوز مدة الرعاية الإيوائية في هذا النوع من الخدمات - في الغالب - ثلاثين يوماً. وأغلب المستفيدين من هذه الخدمات هم الأشخاص الذين يعانون من أشكال من الإعاقة والأمراض المزمنة. ومن أمثلة هذه الخدمات، مستشفيات الصحة النفسية، وخدمات الرعاية الصحية المقدمة في المصحات Sanatoria، ودور النقا، ومراكز الرعاية الإيوائية الشاملة الخاصة بالمعوقين والمسنين، ودور التمريض Nursing Homes، فضلاً عن تلك الخدمات التي يقدمها أخصائيو الرعاية التمريضية المنزلية Nursing Home Specialists للأشخاص الذين هم بحاجة إلى عناية الآخرين - ولا سيما المسنين - لكن حالتهم الصحية لا تقتضى بقاءهم في المستشفى.

ب- خدمات الصحة العامة:

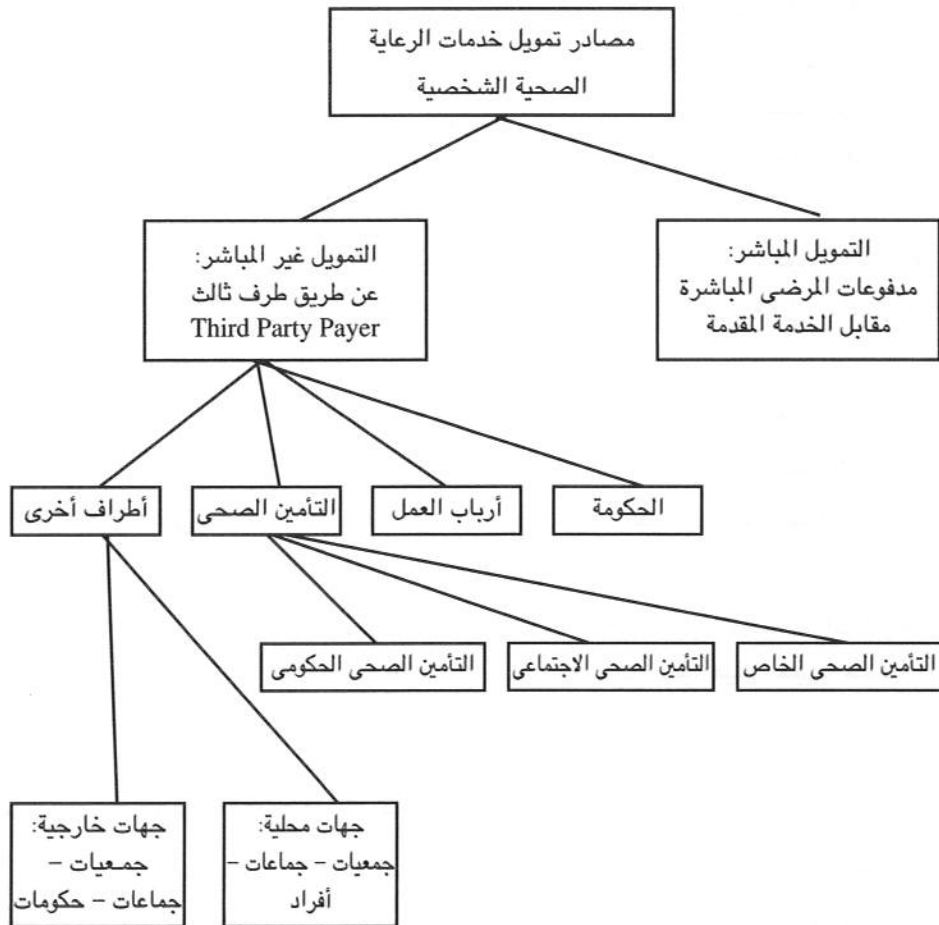
وهي الخدمات الصحية التي تستهدف حماية صحة المواطنين والارتقاء بها. وتتولى الدولة عادة مسؤوليات تقديم هذه الخدمات التي تشتمل فى المقام الأول على الأنشطة الآتية:

- مكافحة الأمراض المعدية وبخاصة المتوطن منها.
- مراقبة الجوانب المهمة فى صحة البيئة، كسلامة الهواء والغذاء والماء، ومكافحة الحشرات والقوارض الضارة، والتخلص من النفايات، ومعالجة مياه الصرف الصحى.
- الإشراف المباشر على رعاية الأمومة والطفولة، مع التركيز بصفة خاصة على برامج التحصين Immunization Programs.
- القيام بالفحوص المخبرية ذات الصلة بميدان الصحة العامة.
- توعية المواطنين وتبصيرهم بالمشكلات الصحية السائدة وبأوجه الاستفادة المثلى من الخدمات الصحية المتاحة.
- وضع التشريعات واللوائح التنظيمية والضوابط والسياسات والإستراتيجيات والخطط التى تكفل الحفاظ على صحة المواطنين ورفاهيتهم.
- وتجدر الإشارة إلى أن أغلب الأنشطة السابقة تدخل فى إطار أنشطة وزارات الصحة، بمساعدة ومؤازرة من قبل الجهات الحكومية الأخرى.

خامساً - مصادر وأساليب تمويل خدمات الرعاية فى النظم الصحية:

أشرنا من قبل إلى أن خدمات الصحة العامة تدخل فى إطار المسؤوليات العامة للدولة على أنها حق من حقوق المواطنين، ومن ثم فإن المصدر الرئيس لتمويل هذه الخدمات يتمثل فى الدولة. أما خدمات الرعاية الصحية الشخصية فتتباين مصادر تمويلها من دولة إلى أخرى، بالنظر إلى تكاليفها المطردة، وزيادة الطلب عليها، من دون أن يصاحب هذا الازدياد المطرد زيادة ملحوظة فى مخصصات الإنفاق الحكومى عليها، بالإضافة إلى الاتجاه المتزايد من قبل المواطنين فى أغلب دول العالم نحو زيادة كفاءة الخدمة المقدمة لهم ومستواها، الأمر الذى دفع العديد من الدول إلى البحث عن مصادر أخرى لتمويل هذه الخدمات، والأخذ بأساليب تتناسب مع هذه المصادر. ويوضح الشكل رقم (١) هذه المصادر.

الشكل رقم (١)
مصادر تمويل خدمات الرعاية الصحية الشخصية*



* المصدر: الكاتب.

ومن الشكل السابق، يتضح تباين الأساليب التي يتم بها تمويل خدمات الرعاية الصحية الشخصية تبعاً لمصادر هذا التمويل. ويرجع ذلك التباين إلى تباين الجهة التي تتحمل نفقات الرعاية المقدمة للمريض. وفيما يأتي عرض موجز لكل من هذه الأساليب:

- **مدفوعات المرضى المباشرة مقابل الخدمة المقدمة:** وتمثل نسبة كبيرة من إجمالي تمويل خدمات الرعاية الصحية الشخصية في كثير من الدول، رغم أن هذه الحقيقة غير معترف بها دائماً لصعوبة إجراء مسوحات دورية للتقصي عن المدفوعات المباشرة للأفراد والأسر مقابل الخدمات الصحية التي يتلقونها.

- **الحكومة:** وفي هذا الأسلوب - الذي قد يطلق عليه أسلوب التمويل الحكومي - لا يدفع المريض نفقات علاجه، حيث تتحمل الحكومة هذه النفقات، وذلك من واقع إيرادات الدولة (ضرائب - رسوم مقابل خدمات - ثروات طبيعية ...).

- **أرباب العمل:** ويقوم بدفع هذه النفقات في هذا الأسلوب أرباب العمل عن المرضى الذين يعملون لديهم، والذين تحتم الأنظمة ضرورة التزامهم بنفقات العاملين الصحية.

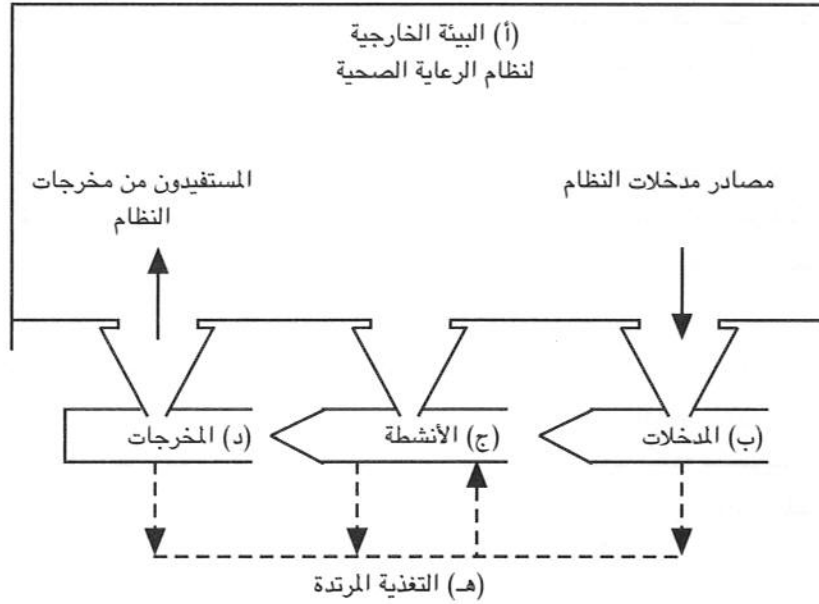
- **التأمين الصحي:** وهو من أكثر أساليب التمويل شيوعاً، حيث تقوم مؤسسات حكومية أو مختلطة أو خاصة بتغطية نفقات علاج المرضى المؤمنين لديها.

- **جهات أخرى:** توجد في العديد من الدول أساليب تمويلية أخرى لتغطية نفقات الرعاية الصحية الشخصية، وذلك إما عن طريق أفراد أو جماعات أو جمعيات خيرية محلية أو أخرى خارجية.

سادساً- مكونات نظم الرعاية الصحية:

لأغراض وصف نظم الرعاية الصحية وتحليلها بصورة شاملة، والتعرف على مجموعة الظواهر والمؤثرات المحيطة بها، والتي تؤثر عليها وتؤثر فيها، يمكن النظر إليها من خلال مدخل النظم Systems Approach على أنها تتكون من مكونات أربعة يتفاعل بعضها مع بعض ضمن بيئة متعددة المؤثرات. وهذه المكونات إضافة إلى البيئة - كما يوضحها الشكل رقم (٢) - هي المدخلات والأنشطة والمخرجات والتغذية المرتدة. وفيما يأتي عرض موجز لذلك^(١٢):

الشكل رقم (٢)
المكونات الرئيسية لنظام الرعاية الصحية*



* بتصريف وإذن خاص من: حسان حريستاني، إدارة المستشفيات (الرياض: معهد الإدارة العامة، ١٤١٠هـ)، ص ٣٥.

أ - البيئة الخارجية لنظام الرعاية الصحية: وتشمل التعرف على كافة الظروف والعوامل والمؤثرات المحيطة بنظام الرعاية الصحية التي يتأثر بها ويؤثر فيها. ومن أهم تلك المؤثرات ما يأتي:

- مسوحات المؤثرات الخاصة بمصادر مدخلات نظام الرعاية الصحية اللازمة لعملياته التشغيلية، مثل الوقوف على الاحتياجات الصحية الفعلية للمواطنين لتأمين الخدمات الصحية المطلوبة، ومعرفة حجم مستهلكي الرعاية الصحية منهم، الفعليين والمتوقعين، وعمل إسقاطات لاستخدامهم الفعلي والمتوقع للخدمات الصحية - Actual and Ex-pected Utilization حسب خصائصهم السكانية وحاجاتهم ورغباتهم الصحية، وعاداتهم وطرائقهم السلوكية فيما يتصل بطلب الرعاية الصحية، ومواكبة أوجه التقدم التقني في حقل الرعاية الصحية، والتعرف على القوى العاملة الصحية المتاحة

سواء المؤهل منها أو تحت التأهيل، والوقوف على ملاحة الموارد المالية المرصودة وكفاءة سياسات التمويل المتبعة وحجم الاستثمارات الموظفة، ناهيك عن مؤثرات موردى العقاقير والمستهلكات والأجهزة والمعدات الطبية، ومرافق وتجهيزات البنية التحتية اللازمة للعمليات التشغيلية لنظام الرعاية الصحية، مثل شبكات الكهرباء والماء والصرف الصحى والاتصالات السلكية واللاسلكية.

– عمليات مسح مؤثرات الرقابة الاجتماعية على نظام الرعاية الصحية، مثل هيئات القضاء، ودور الصحافة، وهيئات اعتماد منظمات الرعاية الصحية التطوعية كما هو متبع فى الولايات المتحدة الأمريكية، وجهات التأمين الصحى التعاونى، ومشاهدات المواطنين المستفيدين من الرعاية الصحية.

ب - المدخلات: تشتمل مدخلات نظام الرعاية الصحية على العناصر المطلوبة لقيام النظام بأداء وظائفه المختلفة. ومن أهم تلك العناصر: أعداد القوى العاملة اللازمة ونوعياتها وفئاتها ومستوياتها، والمنشآت الصحية، والتجهيزات المطلوبة لكافة مستويات الرعاية الصحية، والتنظيمات والنظم والإجراءات واللوائح المعتمدة، والموارد المالية المخصصة لتشغيل النظام، ونظم المعلومات الصحية الداعمة له.

ج - الأنشطة: وتشمل العمليات والإجراءات التشغيلية المتخذة – مثل أنشطة التشخيص والعلاج والتدريب والبحوث والأنشطة الإدارية المساعدة – لتحويل المدخلات إلى مخرجات، وفق التنظيمات والأساليب الموضوعية، للوصول إلى نتائج تحقق فى النهاية الإستراتيجية المعتمدة لنظام الرعاية الصحية.

د - المخرجات: وتتمثل فى معرفة النتائج المحققة عن أداء مختلف الأنشطة، وقياس درجتها ونوعيتها ومستواها، والعمليات التشغيلية فى نظام الرعاية الصحية وفق التنظيمات والخطط والضوابط والمعايير المقررة. ومن أمثلة ذلك قياس درجة أو نسبة تغطية الأطفال باللقاحات الأساسية ضد أمراض الطفولة الأولى، ودرجات تحسن المرضى وشفائهم نتيجة إجراءات التشخيص والعلاج المقدمة لهم، ودرجات فعالية بعض التدابير العلاجية، ودرجات كفاءة استخدام الخدمات الصحية، ومقاييس معدلات حدوث الأمراض وانتشارها؛ وذلك للحكم على مدى بلوغ الهدف الرئيس لنظام الرعاية الصحية، المتمثل فى تحسين الحالة الصحية العامة والوصول بها إلى أعلى المستويات.

هـ - **التغذية المرتدة:** وتعبر عن البيانات والمعلومات الأولية المتولدة من مخرجات نظام الرعاية الصحية، وتحويلها إلى معلومات مفصلة عن مختلف أوجه نتائج الرعاية الصحية للاستفادة منها في اتخاذ القرارات المناسبة، والتعرف على العقبات والمشكلات ومواطن القصور الحاصل في مداخلات نظام الرعاية الصحية أو في أدائه، وذلك لضمان الارتقاء بمستوياته على نحو مستمر.

سابعاً- أنواع نظم الرعاية الصحية الوطنية:

تختلف نظم الرعاية الصحية الوطنية بعضها عن بعض - إذ قلما نجد نظامين صحيحين متماثلين - وذلك بسبب اختلاف ظروف الدول الاجتماعية والاقتصادية والسياسية والثقافية، التي تتأثر بها هذه النظم. ولكن على الرغم من ذلك، تظل هناك بعض الملامح والخصائص التي تشترك فيها هذه النظم، والتي من خلالها يمكن الحكم على فعاليتها وكفاءتها في تحقيق أهدافها المحددة، ومن ثم يمكن على ضوءها الوصول إلى تصنيف معقول لهذه النظم. ويمكن تصنيف هذه الملامح في فئتين رئيسيتين هما: الملامح الاقتصادية، واللامح الاجتماعية والسياسية. وفيما يأتي عرض موجز لذلك^(١٥):

١- الملامح الاقتصادية:

يعد مؤشرا إجمالي الناتج المحلي Gross Domestic Product وإجمالي الناتج الوطني Gross National Product من المؤشرات التي تقيس درجة الرفاه الاجتماعي. ويعتبر هذان المؤشران أيضاً من مؤشرات الحالة الصحية في معناها الواسع. فالبلدان التي يكون فيها هذان المؤشران مرتفعين - كما هو الحال في البلدان الصناعية المتقدمة - نرى فيها انخفاضاً لمعدلات الوفيات المختلفة (مثل: معدل وفيات الأطفال الرضع، ومعدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة، ومعدل الوفيات العام)، ومعدلات حدوث وانتشار In-cidence and Prevalence Rates أغلب الأمراض المعدية وحالات سوء التغذية. بينما نلاحظ أن الدول التي ينخفض فيها مستوى مؤشر إجمالي الناتج المحلي أو الوطني ترتفع معدلات الوفيات والأمراض الأنفة الذكر بدرجات تتناسب طردياً إلى حد ما مع هذا المؤشر. هذا ويوضح الجدول رقم (١) الآتي تأثير الناتج الوطني على بعض معدلات الوفيات في بعض الدول. كما يوضح الجدول رقم (٢) أثر إجمالي الناتج المحلي في بعض الدول المتقدمة في تحسين الحالة الصحية من خلال مؤشر العمر المتوقع عند الولادة Life Expectancy At Birth.

الجدول رقم (١)

تأثير الناتج الوطني على بعض معدلات الوفيات في بعض الدول في عام ١٩٩٠م*

البلدان	معدلات وفيات الأطفال		معدل وفيات الخام بالآلاف	متوسط الناتج الوطني السنوي للفرد بالدولار الأمريكي	النسبة المئوية للإنفاق الحكومي على الصحة من ميزانية الدولة
	معدل وفيات الأطفال دون الخامسة بالآلاف	معدل وفيات الرضع دون السنة بالآلاف			
بلدان ذات معدلات عالية جداً لوفيات الأطفال					
موزمبيق	٢٩٧	١٧٣	١٨	٨٠	٥
اليمن	١٨٧	١١٤	١٥	٦٥٠	-
إثيوبيا	٢٢٠	١٣٠	٢٠	١٢٠	-
السودان	١٧٢	١٠٤	١٥	٤٢٠	-
الهند	١٤٢	٩٤	١١	٢٤٠	٢
بلدان ذات معدلات عالية لوفيات الأطفال					
ليبيا	١١٢	٧٥	٩	٥٣١٠	-
مصر	٨٥	٦١	١٠	٦٤٠	٣
تركيا	٨٠	٦٩	٨	١٣٧٠	٢
البرازيل	٨٣	٦٠	٨	٢٥٤٠	٦
بلدان ذات معدلات متوسطة لوفيات الأطفال					
تونس	٦٢	٤٨	٧	١٢٦٠	٦
سوريا	٥٩	٤٤	٦	٩٨٠	٢
لبنان	٥٦	٤٤	٨	٢١٥٠	-
الإمارات	٣٠	٢٤	٤	١٨٤٣٠	٧
كوستاريكا	٢٢	١٨	٤	١٧٨٠	١٧
بلدان ذات معدلات منخفضة لوفيات الأطفال					
الولايات المتحدة	١١	٩	٩	٢٠٩١٠	١٣
أستراليا	١٠	٨	٨	١٤٣٦٠	١٠
سويسرا	٩	٧	١٠	٢٩٨٨٠	١٣
كندا	٩	٧	٨	١٩٠٣٠	٦
اليابان	٦	٥	٧	٢٣٨١٠	-

* بتصريف من تقرير وضع الأطفال في العالم:
منظمة الأمم المتحدة للطفولة "يونيسف"، وضع الأطفال في العالم (عمان، الأردن: قسم الإعلام والعلاقات الخارجية في المكتب الإقليمي للشرق الأوسط وشمال إفريقيا، ١٩٩٢)، ص ٧٢ - ٨٣.
(-) يقصد بهذه الإشارة أن البيان عن تلك النسبة غير متاح.

الجدول رقم (٢)

تأثير الناتج المحلي فى بعض البلدان المتقدمة على مؤشر العمر المتوقع عند الولادة عام ١٩٩١م*

البلد	% من الإنفاق من إجمالى الناتج المحلى	العمر المتوقع عند الولادة [#] (سنة)	
		ذكور	إناث
كندا	١٠,٠	٧٣,٨	٨٠,٤
الدنمرك	٦,٥	٧٢,٠	٧٧,٧
فنلندا	٨,٩	٧٢,٧	٧٨,٩
ألمانيا	٨,٥	٧٢,٦	٧٩,٠
هولندا	٨,٣	٧٣,٨	٨٠,١
النرويج	٧,٦	٧٣,٤	٧٦,٩
السويد	٨,٦	٧٤,٨	٨٠,٤
المملكة المتحدة	٦,٦	٧٣,٠	٧٨,٥
الولايات المتحدة	١٣,٢	٧٢,٦	٧٨,٨
متوسط الدول	٨,٦	٧٣,١	٧٨,٩

* G.J. Schieber et al., " Health Spending, Delivery, and Outcome in OECD Countries, Health Affairs, Vol.12, No.4,1993,pp.120,128.

بحسب مؤشر العمر المتوقع للولادة بتتبع مواليد الدولة فى سنة من السنين حتى وفاتهم جميعاً، ثم تجمع الأعمار التى ماتوا فيها بعضها إلى بعض، ويقسم الناتج على عدد هؤلاء المواليد منذ يوم ولادتهم. ويعد هذا المؤشر من أهم المؤشرات الدالة على مستوى الحالة الصحية فى البلد المعنى.

٢- الملامح الاجتماعية والسياسية:

يُعدُّ نظام الرعاية الصحية فى أى بلد نظاماً متفرعاً من النظام الاجتماعى والسياسى. وقد حددت دراسة " كohn " ووايت "White"^(١٨) عند مقارنتها لنظم الرعاية الصحية على المستوى الدولى المحاور الرئيسية للملامح الاجتماعية والسياسية التى يمكن على ضوءها تصنيف نظم الرعاية الصحية. وقد تمثلت تلك المحاور فيما يأتى:

- **الصحة قيمة مجتمعية:** وقد صنفت الدراسة الأنفة الذكر هذه القيمة فى ثلاثة مستويات: عالية ومتوسطة ومنخفضة. وتكون قيمة الصحة عالية عندما تقوم الدولة

بتحمل جميع الأعباء المالية والتنظيمية لتوفير الخدمات الصحية المبنية على الاحتياجات الفعلية لمواطنيها. وعندما تكون هذه القيمة متوسطة يشارك الأفراد عادة في تحمل تكاليف بعض الخدمات الصحية التي لا توفرها الدولة لهم. أما عندما تكون هذه القيمة منخفضة، فإن الأفراد يتحملون في العادة معظم تكاليف الخدمات الصحية، وتكون مشاركة الدولة عندئذٍ محدودة جداً في توفير الخدمات الصحية.

– **التركيز على صحة المجتمع مقارنة بالتركيز على صحة الفرد:** هناك بعض النظم الصحية التي تركز على صحة المجتمع من حيث هو كل، مما يعزز من زيادة فرص الارتقاء بحالته الصحية، في حين ما زالت نظم صحية أخرى تركز على علاج المشكلات الصحية الفردية التي تواجه مجتمعاتها، وذلك على حساب جهود الوقاية من الأمراض، مما يزيد من تكاليف نفقاتها الصحية.

– **عدالة توزيع الموارد الصحية:** تتراوح عدالة توزيع الموارد الصحية بين عدالة عالية عندما يكون لكل مواطن الحق في الحصول على المستوى ذاته من الخدمة الصحية، ومن دون أى معوقات مالية أو جغرافية. ويكون نقيض هذه الحالة عندما تكون عدالة توزيع الموارد الصحية متدنية.

وفي ضوء ما سبق، نستطيع أن نقول إن النظم الصحية التي تتوافر فيها قيم عالية للملامح الرئيسية الثلاث الأنفة الذكر، يمكن وصفها بأنها نظم مثالية التنظيم. بينما توصف النظم الصحية التي تتدنى فيها هذه القيم بأنها نظم سيئة التنظيم. وبين هذين النوعين من النظم يوجد عدد كبير من النظم القريبة من القيم العالية أو القريبة من القيم المتدنية للملامح الرئيسية المشار إليها آنفاً.

ومن الجدير بالذكر، أن هناك من صنف أنواع نظم الرعاية الصحية حسب نظم تمويلها. ومن أشهر من كتب في هذا المجال "ميلتون تريس" Milton Terris^(١٩) حيث صنف نظم الرعاية الصحية على المستوى العالمى فى الأنواع الآتية:

– **نظام المساعدة العامة Public Assistance:** ويموجه يحصل بعض السكان على الرعاية الطبية فى إطار نظام مساعدة عامة تمول من الضرائب. لكن هذا التمويل لا يكفى عادة لمواجهة احتياجات نظام الرعاية الصحية من الموارد الصحية العصرية المطلوبة فى أغلب البلدان التى تطبق هذا النمط من نظم التمويل، ذلك لأن معظم موارد هذه البلدان تذهب إلى مكافحة سوء التغذية والأمراض المتوطنة فيها. أما خدمات

الرعاية الصحية العصرية فهي موجودة في المقام الأول في المدن الكبيرة، ولا تغطي بأى حال من الأحوال الاحتياجات الصحية للسكان. ومع ذلك توجد أحياناً برامج للتأمين الصحى تغطي جزءاً صغيراً من السكان. ويسود هذا النظام لدى نحو (٤٩٪) من سكان العالم، ولا سيما في البلدان النامية التي ينتمى إليها معظم البلدان العربية، وأغلب بلدان آسيا، وإفريقيا، وأمريكا اللاتينية.

وتجدر الإشارة إلى أن عدداً من البلدان الزراعية والنفطية دأب على تطوير نظمها الصحية التي يمكن تصنيفها بأنها نظم انتقالية Transitional Systems مثل تركيا ودول مجلس التعاون الخليجي ولبنان وسورية ومصر، وبعض بلدان أمريكا اللاتينية كالبرازيل والأرجنتين وكوبا، حيث يمكن ملاحظة جهودها الواضحة في استكمال بنيتها وتجهيزاتها الأساسية لشبكة مرافقها الصحية، فضلاً عن تطوير مواردها البشرية الصحية وتنميتها.

- نظام التأمين الصحى Health Insurance: وبمقتضاه يحصل معظم السكان على الرعاية الصحية بموجب اشتراكهم ببرامج تأمين صحية، تغطي بدورها معظم تكاليف الرعاية المقدمة لهم. وتتفاوت نظم التأمين الصحى تفاوتاً كبيراً بين بلد وآخر. ومعظمها تجمع بين نمطى التأمين الحكومى وغير الحكومى. ومن الدول التي يعد التأمين الحكومى النمط الوحيد فيها كندا والدانمارك وفنلندا ونيوزيلندا والنرويج، حيث تتم تغطية نفقات الرعاية الصحية من عوائد برامج التأمين الاجتماعى فيها. وبالطبع يوجد فيها حالات قليلة من الممارسة الخاصة الحرة. هذا وتندرج نظم الرعاية الصحية فيها في إطار نظم الرفاه الاجتماعى Welfare Systems Social. ويتم الحصول على الرعاية فيها من خلال الممارسين العاميين. أما المستشفيات والمراكز التخصصية الأخرى فتعالج المرضى عن طريق نظام الإحالة.

ومن أشهر الدول التي يعتبر التأمين غير الحكومى سائداً فيها بنسبة قد تصل إلى (٣٣٪) من مصادر تمويل الرعاية الصحية الولايات المتحدة الأمريكية. حيث يخضع نظامها الصحى في المقام الأول لنظام آليات السوق المتمثل في المنافسة الحرة والاختيار الحر للسلعة المطلوبة. فالخدمات الصحية يُعثر عليها وتباع مثل أى سلعة أخرى، ومن ثم يعتمد توزيع هذه الخدمات على القدرة الشرائية للمستفيدين. وقد أدى وجود هذا النظام إلى تعدد الجهات المقدمة للرعاية، وإلى إيجاد فروق كبيرة بين المواطنين في الحصول على الرعاية الصحية. كما أن العلاقة بين الخدمات الصحية والاحتياجات الصحية بعيدة عن التوازن بعداً شاسعاً، إذ لا تكون الخدمة مبنية أساساً على الاحتياج، بل على أساس طلب

المستفيدين ورغباتهم. وفي ظل هذا النمط من النظام يعد الفقراء محرومين من العديد من الخدمات الصحية. أما النسبة المتبقية من شرائح المجتمع فيغطون حاجاتهم بشراء بوالص التأمين الصحى الخاص، أو عن طريق برامج التأمين الفيدرالية الخاصة بالرعاية الطبية الأساسية والرعاية المساعدة، التى سيتم التطرق إليها بشيء من التفصيل فى الفصل الثامن.

هذا، ويشيع انتشار نظام التأمين الصحى فى بلدان نحو (١٨٪) من سكان العالم، وتقع تلك البلدان فى أوروبا الغربية وأمريكا الشمالية، كما تتضمن أستراليا ونيوزيلندا واليابان، وكلها بلدان صناعية ذات اقتصاد قوى.

– **الخدمة الصحية الوطنية National Health Service:** وخلافاً لنظم المساعدة العامة ومعظم نظم التأمين الصحى، تشمل الخدمة الصحية الوطنية جميع السكان. ويتم تمويلها بصفة أساسية من الضرائب. وتبلغ نسبة البلدان التى تطبق هذا النمط من الخدمة نحو (٣٣٪) من بلدان العالم. ومن أمثلة هذه البلدان: المملكة المتحدة، وكوبا، وبعض بلدان المجموعة الاشتراكية سابقاً، مثل رومانيا وتشيكيا وسلوفاكيا وبلغاريا وهنغاريا.

ثامناً- نموذج نظام الرعاية الصحية الوطنى حسب خصائصه الاقتصادية والاجتماعية والسياسية:

نورد فيما يأتى باختصار النموذج الذى اقترحه تقرير منظمة الصحة العالمية حول تصنيف موقع نظام الرعاية الصحية لأى بلد، بناء على تقديرات خصائصه الاقتصادية والاجتماعية والسياسية^(٢٠). وبموجب هذا النموذج يمكن تصوير النظام الصحى من خلال جدول مصفوفى Matrix Table يتكون من بُعدين. أولهما اقتصادى يتمثل فى مستوى الاقتصاد الوطنى ممثلاً بمؤشر متوسط الدخل الوطنى، والثانى يتجلى فى درجة تنظيم النظام الصحى. وتتراوح هذه الدرجة بين نظم مثالية التنظيم ومتوسطة التنظيم ونظم سيئة التنظيم. ويوضح الجدول رقم (٣) تصنيف نظم الرعاية الصحية الوطنية حسب هذين البعدين من خلال المصفوفة الآتية:

الجدول رقم (٣)

أنواع نظم الرعاية الصحية الوطنية حسب درجة تنظيمها ومستوى اقتصادها الوطنى

مستوى الاقتصاد الوطنى	درجة التنظيم فى النظام الصحى		
	نظم سيئة التنظيم	نظم متوسطة التنظيم	نظم مثالية التنظيم
اقتصاد متقدم ومستقر	١	٢	٣
اقتصاد نام انتقالى غير مستقر*	٤	٥	٦
اقتصاد متخلف وفقير	٧	٨	٩

* بمعنى أن التحول الاقتصادى لم يكتمل بعد بما يكفل الوصول إلى نظام اقتصادى مستقر.

وحسب الجدول السابق، يمكن من الناحية النظرية، إدراج أى نظام صحى فى إحدى فئات النظم الصحية التسعة. وبالطبع سوف نجد أن العديد من النظم الصحية تقع فى فئة معينة، ونجد قلة من النظم فى فئة أخرى. وبما أن الخصائص الاقتصادية والاجتماعية والسياسية للبلدان تخضع لظروف التغير المستمر، مما يؤدي إلى تغيير نظمها الصحية، فإن بعض النظم الصحية التى تنتمى إلى فئة معينة، يمكن أن ينتقل إلى فئة أخرى.

هذا، ويفيد تقرير منظمة الصحة العالمية الآنف الذكر، أن من الممكن الاستفادة من الجدول أعلاه فى تنمية الاستراتيجيات اللازمة لإعادة صياغة النظم الصحية الوطنية. فالموارد الصحية متوافرة فى فئات النظم الصحية ١، ٢، ٣ توافراً أكثر مما يكون فى النظم التى يمكن أن تدرج ضمن الفئات ٧، ٨، ٩؛ وذلك بسبب الاستقرار الاقتصادى الذى تنعم به وارتفاع إجمالى الناتج الوطنى فيها، ومن ثم فإن إعادة توجيه الإستراتيجيات نحو الفئات ١، ٢، ٣ يمكن أن تدخل فى حساباتها الموارد المتوافرة.

كما يفيد التقرير أن للقطاع الخاص دوراً أكبر فى تمويل خدمات الرعاية الصحية فى النظم الصحية التى تدرج ضمن الفئات ١، ٤، ٧، بالمقارنة مع النظم التى تدرج ضمن الفئات ٣، ٦، ٩، ويؤكد أن الحكم على النظم الصحية من حيث إدراجها ضمن الفئة العالية أو المتدنية ينبغى أن يبنى على المعايير الآتية:

– مدى تلبية النظام الصحى للاحتياجات الصحية لأفراد المجتمع.

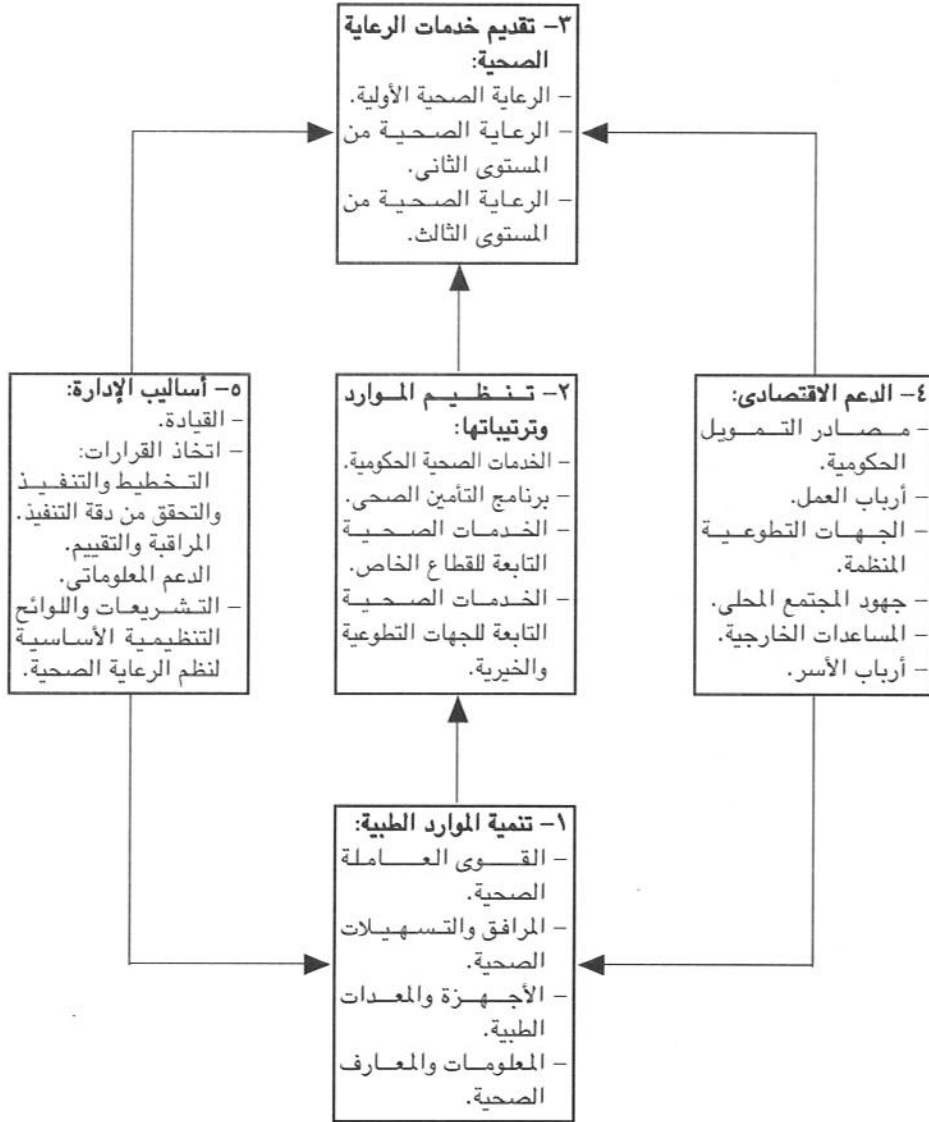
- مدى قيام النظام الصحى بالتغطية بالخدمات الضرورية على الصعيد الجغرافى الملائم.
- مدى فعالية النظام الصحى فى تحقيق أهدافه المرسومة.
- كفاءة النظام الصحى فى استغلال الموارد المتاحة.

تاسعاً- تقييم نظام الرعاية الصحية الوطنى:

- لقد أصبح من المسلم به أن تحسين الحالة الصحية للمجتمعات لا يمكن تحقيقه إلا فى ظل إرادة سياسية قوية، وتوحيد الجهود داخل القطاع الصحى، والتنسيق الفعال مع الجهات ذات العلاقة بالصحة، وإشراك المجتمع المحلى.
- ويتطلب التقييم الموضوعى الشامل لنظم الرعاية الصحية الوطنية دراسة الأبعاد الآتية - كما يوضحها الشكل رقم (٣) - والتي تمثل المكونات الرئيسية لبنية هذه النظم^(٢١):
- دراسة جهود تنمية الموارد الصحية (القوى العاملة الصحية - المرافق الصحية - الأجهزة واللوازم الطبية - المعلومات الصحية).
 - دراسة فعالية تنظيمات الخدمات الصحية التابعة للقطاعين الحكومى والأهلى وكفائتها، بما فى ذلك برامج التأمين الصحى، وفعالية الجهات الخيرية.
 - دراسة فعالية أنشطة تقديم خدمات الرعاية الصحية وكفائتها، والتنسيق بين مستويات الرعاية الصحية، ونظم الإحالة بينها.
 - دراسة مدى ملائمة مصادر الدعم والتمويل الحالية لنظام الرعاية الصحية كالدعم الحكومى، وأرباب العمل، والجهات الخيرية، والهبات، وأجور العلاج التى تدفعها الأسر.
 - دراسة جدوى أنماط الإدارة (القيادة - وأساليب صنع القرارات) والتشريعات الصحية.

الشكل رقم (٣)

العناصر الرئيسية لتقييم بنية نظم الرعاية الصحية*



* World Health Organization, National Health Systems and Their Orientation
Towards Health For All: Guidance For Policy Making, Public Health Papers, No 77,
1984,p.15.

عاشراً- المشكلات التى تواجه نظم الرعاية الصحية الوطنية:

تواجه نظم الرعاية الصحية فى مختلف بلدان العالم مشكلات متعددة تختلف فى طبيعتها وحجمها وخطورتها وآثارها من دولة إلى أخرى، وهذا يتطلب إجراء دراسات وبحوث شاملة ومعمقة لمواجهتها ضمن الإستراتيجيات والخطط المرسومة لهذه النظم.

هذا، وقد أشار المجلس التنفيذى لجمعية الصحة العالمية World Health Assembly من خلال دراسة شاملة للأحوال الصحية فى العالم^(٢٣)، قام بها فى العام ١٩٧٣، إلى أن نظم الرعاية الصحية الوطنية فى أكثر الدول النامية تعاني من نقص حاد فى الموارد البشرية والمادية، ومن ثم لا يمكنها تحقيق هدف تحسين الوضع الصحى لأفراد مجتمعاتها. كما أن هناك عدداً كبيراً من المجتمعات لا يحصل إلا على بعض الخدمات الصحية المحدودة، ولا يحصل بعضها الآخر على أى نوع من الخدمات. وهناك أيضاً العديد من النظم الصحية فى الدول النامية التى ما زالت تتركز خدماتها الصحية فى المدن الرئيسية، وتركز على التقنيات الطبية العالية التى لا تغطى سوى نسبة قليلة من السكان، والتى يغلب أن لا تتفق مع احتياجاتهم الصحية. ويضاف إلى ما سبق، ضعف التنسيق بين الجهات المعنية بتقديم الخدمات الصحية الشخصية، فضلاً عن الجهات المختصة بخدمات الصحة العامة. وعلى الرغم من أن أغلب المشكلات الصحية يتركز فى القرى والأرياف، فهذه تفتقر إلى الخدمات الصحية الأساسية ذات الصلة بالرعاية الصحية الأولية وبالأنشطة الوقائية.

هذا، وقد استنتجت دراسة المنظمة المذكورة أن أهم مشكلتين واجهتا نظم الرعاية الصحية الوطنية هما: انخفاض مستوى فاعليتها، وارتفاع تكاليف تقديمها لخدمات الرعاية الصحية، مما دفعها إلى التوصية بالعمل على النهوض بمستوى فاعلية هذه النظم وكفائها. ويرى "سيد محمد جاد الرب" أن سبب الفجوة الكبيرة بين أداء نظم الرعاية الصحية التابعة فى البلدان المتقدمة ونظيره فى البلدان النامية يعود لأسباب كثيرة من أهمها^(٢٤): الاستقرار الاقتصادى والاجتماعى الذى تنعم به الدول المتقدمة، وارتفاع نسب القوى العاملة المؤهلة فيها، والتطورات السريعة فيها فى كافة المجالات العلمية والتقنية والمعلوماتية والاتصالات.

ومن منظور آخر شخّص "مونتويا أوغليير Montoya Aguilar" فى مقاله عن: "المستشفيات والرعاية الصحية الأولية" المشكلات التى تواجه نظم الرعاية الصحية

الوطنية في البلدان النامية. واستنتج أن أهم هذه المشكلات يتمثل في^(٢٥) سوء توزيع القوى العاملة والإمكانات المادية المخصصة لقطاع الرعاية الصحية، وذلك من حيث استحواذ مستشفيات المدن الكبيرة على النصيب الأكبر منها على حساب المراكز الصحية البعيدة والمستشفيات الصغيرة، مما يشكل إخلالاً واضحاً بمبدأ العدالة والمساواة بين المواطنين.

كما أشار إلى عدم ملائمة التخطيط الصحي لخدمات المستشفيات؛ مما يترتب عليه عدم استجابتها للاحتياجات الصحية للسكان بالصورة المطلوبة. ومن هنا يرى "أوغليز" أن إعادة توزيع تلك الموارد بصورة عادلة باتباع نهج تخطيطي ملائم للواقع الوطنى، قد يحسن الحالة الصحية تحسناً كبيراً، ويخفف من الطلب على استخدام المستشفيات الكبيرة.

وعلى صعيد آخر، لاحظ تقرير منظمة الصحة العالمية السالف ذكره^(٢٦)، أن مشكلات الموارد في البلدان المتقدمة تأخذ بعداً مختلفاً بالقياس إلى البلدان النامية. فالتخصص المفرط Over-Specialization في العديد من المجالات الطبية، والزيادة في أعداد المستشفيات والمرافق الصحية الأخرى فاقا الاحتياجات الفعلية في مجال كل منهما. كما أن استخدام خدمات المستشفيات قد ارتفعت معدلاته ارتفاعاً لا يمكن تبرير ضرورته طبياً. ويرى التقرير أيضاً أن ثورة المعرفة من خلال الأبحاث الطبية في البلدان المتقدمة أدت إلى زيادة أوجه التقدم الطبى في مجال مكافحة الأمراض المتواجدة فيها ومعالجتها. فى حين لم يجرِ إيلاء المشكلات الصحية المنتشرة فى البلدان النامية الاهتمام البحثى الكافى. وهذا ما أدى بالتالى إلى عدم فعالية العديد من هذه التقنيات بالنسبة لكثير من المشكلات الصحية التى تواجه الدول النامية. فضلاً عن التكلفة المرتفعة للاستثمار فى تقنيات لا تستجيب للمشكلات الصحية الفعلية الواسعة الانتشار فى المجتمع، حيث يكون الهدف هو تخصيص هذه الموارد لمواجهة هذه المشكلات.

هذا، وقد لخص كل من "العمارى والتركى" بعض المشكلات التى تواجه نظم الرعاية الصحية فى الدول المختلفة من منظور عدم رضا المستفيدين عن خدماتها الصحية فيما يتعلق بما يأتى^(٢٧):

- الارتفاع المستمر فى أسعار الخدمات الصحية.
- مستوى تقديم هذه الخدمات ونوعيتها.

- سوء العلاقة بين أفراد المهن الطبية وبين الجمهور.
 - المنشآت الصحية وعدم كفاية تجهيزاتها.
 - انعدام فرص الاختيار بين الجهات المختلفة التي تقدم الخدمات الصحية.
- ويرى الباحثان أنه لما كان يصعب على البلدان المختلفة تلبية جميع رغبات وحاجات مواطنيها الصحية، على الرغم مما تخصصه من موازنات ضخمة للقطاع الصحي، ونظراً لضرورة الاستفادة المثلى من جميع الموارد المتاحة لهذا القطاع عن طريق التخطيط السليم، فإنه ينبغي استنباط نظام صحي يواجه مشكلاته حسب أولويات كل منها تبعاً لنوعيتها ودرجة خطورتها، وبما يتلاءم مع ظروف البلدان السياسية والبيئية والجغرافية والسكانية والاجتماعية والاقتصادية والحضارية^(٢٨).

حادى عشر- أسس الارتقاء بنظم الرعاية الصحية ومقوماته:

- على ضوء ما تقدم، ينبغي مراعاة الأسس والمقومات الخاصة بالنهوض بإمكانات وقدرات نظم الرعاية الصحية، لجعلها أكثر استجابة للمشكلات الصحية والمتغيرات والتطورات السياسية والاقتصادية والاجتماعية والثقافية والتقنية. ومنها ما يلى:
- أن تراعى إستراتيجية الرعاية الصحية فى التنمية والتطوير المستمرين للقوى العاملة الصحية، والتحسين المستمر لخدمات الرعاية الصحية، والإسراع فى توفير الاحتياجات فى الخدمات الصحية الجديدة، وتعزيز الخدمات القائمة وتدعيمها، وتحسين مجالات استخدامها، وترشيد استخدام النفقات المخصصة لها، واحتواء ارتفاع تكاليفها.
 - توجيه مزيد من الاهتمام للرعاية الصحية الأولية لتأمين الاحتياجات الصحية الأساسية لجميع المواطنين.
 - توزيع شبكة خدمات الرعاية الصحية توزيعاً عادلاً ومدرّساً فى جميع أنحاء البلاد بحيث تصل إلى أماكن معيشة المواطنين وتواجههم.
 - أن يكون اتخاذ القرارات فى جميع مستويات نظام الرعاية الصحية مبنياً على رؤى واضحة ومعلومات صحيحة وتخطيط مسبق، للحد من ظاهرة اتخاذ القرارات الارتجالية وغير المدروسة، مع تشجيع اللامركزية الإدارية الخاصة بتلبية الاحتياجات الصحية للمجتمعات المحلية.

- ربط جهود التنمية الصحية بالتنمية الوطنية الشاملة التي تشمل الأنشطة المتعلقة بالتعليم والكهرباء والاتصالات والطرق، وسلامة المياه والغذاء، والتخلص السليم من الفضلات، وأعمال الصرف الصحي، ومكافحة الحشرات والقوارض الضارة، وغيرها من الأنشطة ذات العلاقة.
- إعادة النظر على نحو مستمر في اللوائح التنظيمية وإجراءات نظم الرعاية الصحية، لإجراء التعديلات المطلوبة التي تواكب المعارف والتقنيات الحديثة، لتسيير أعمال الخدمات الصحية بفعالية وكفاءة مرتفعة.
- تشجيع بحوث النظم الصحية والبحوث ذات الصلة بتطوير مجال الرعاية الصحية، بغية تحديد الوسائل التي تسمح بتحسين الرعاية الصحية العامة للسكان، كالاستدلال على الفجوات والتناقضات بين الاحتياجات والخدمات الفعلية، واستحداث طرائق جديدة تؤدي إلى تكامل خدمات قطاع الرعاية الصحية.
- تنويع مصادر تمويل خدمات الرعاية الصحية لمواجهة ارتفاع تكاليفها المستمر.

هوامش الفصل الأول

- ١- حسان حريستانى، إدارة المستشفيات (الرياض: معهد الإدارة العامة، ١٤١٠هـ)، ص ٥٠.
- ٢- المصدر السابق، ص ٥٠.
- ٣- Mark Field, "The Concept of the Health System at the Macro-sociological Level", **Social Science and Medicine**, 1973, Vol. 7, pp. 763.
- ٤- Ibid., 764.
- ٥- Jonathon S. Rakich, Beaufort B. Longest, and Kurt Darr, **Managing Health Services Organizations**, 3rd ed. (Baltimore: Health Professions Press, 1992), p.34.
- ٦- عبد الله العمارى ومحمد على التركى، "تنظيم الخدمات الصحية فى المملكة العربية السعودية"، ندوة تنسيق الخدمات الصحية المنعقدة بمعهد الإدارة العامة فى الفترة من ٤-٧ ربيع الثانى ١٤٠٤هـ، ص ١٥.
- ٧- Jonathon S. Rakich, Beaufort B. Longest, and Kurt Darr, **op.cit.**, p.34.
- ٨- منظمة الصحة العالمية، "العملية الإدارية فى التنمية الصحية الوطنية: مبادئ توجيهية للاستعمال دعماً لإستراتيجيات توفير الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠" سلسلة الصحة للجميع رقم ٥ (جنيف: منظمة الصحة العالمية)، ص ١٦.
- ٩- Harold S. Luft, "Competition and Regulation", **Medical Care Journal**, Vol. 23, No.5 (Philadelphia: J.B. Lippincott Company, May 1985), p. 383.
- ١٠- Ibid., pp. 383-384.
- ١١- خطة التنمية السادسة ١٩٩٥ - ٢٠٠٠، وزارة التخطيط بالمملكة العربية السعودية، ص ٣٤٩ - ٣٥١.
- ١٢- Brett J. Cassens, **Preventive Medicine and Public Health** (Singapore: John Wiley and Sons, 1990) pp.307-308.

- ١٣- حسان حريستانى، مصدر سبق ذكره، ص ٦٤.
- ١٤- World Health Organization , National Health Systems and Their Orientation Towards Health For All: Guidance For Policy Making, Public Health Papers , No 77, 1984 , pp. 32-41.
- ١٥- Kohn, R. and White, K., Health Care: An International Study (N.Y.: Oxford Medical Publications , 1976),pp. 123-125.
- ١٦- Milton Terris, The Three World Systems of Medical Care: Trends and Prospects, World Health Forum, 1980, pp.78-86.
- ١٧- لمزيد من التفصيل انظر:
- World Health Organization, Public Health Papers, No 77,op.cit., pp. 34-41.
- ١٨- يمكن أن يسترشد فى هذا المجال بتقرير منظمة الصحة العالمية الآنف ذكره: Ibid. , pp. 15-31.
- ١٩- Ibid., p.7.
- ٢٠- سيد محمد جاد الرب، " التنمية الصحية كمدخل أساسى للتنمية الشاملة "، مجلة الإدارة، المجلد العشرون، العدد الرابع (القاهرة: اتحاد جمعيات التنمية الإدارية، إبريل ١٩٨٨)، ص ٣٠.
- ٢١- حسان حريستانى، "المستشفيات والرعاية الصحية الأولية"، مجلة مكتبة الإدارة، المجلد التاسع، العدد الثانى (الرياض: معهد الإدارة العامة، جمادى الأولى ١٤٠٢هـ)، ص ص ٧٩ - ٨٠. وأصل هذا المقال هو لـ "أوغليار Auguilar":
- Montoya Auguilar, " Hospitals and Primary Health Care", World Hospitals, Vol.XVIII, No.3, August 1981, pp.22-25.
- ٢٢- WHO, op.cit. , pp. 46-47.
- ٢٣- عبد الله العمارى ومحمد على التركى، "تنظيم الخدمات الصحية فى المملكة العربية السعودية"، ندوة تنسيق الخدمات الصحية المنعقدة بمعهد الإدارة العامة فى الفترة من ٤-٧ ربيع الثانى ١٤٠٤هـ، ص ١٤.
- ٢٤- المصدر السابق، ص ١٤.

- ٢٥- آمال منصور وكرم منصور، **الرعاية الصحية الأولية: الدليل العملي لعامل صحة المجتمع في لبنان** (بيروت: منظمة الصحة العالمية، ١٩٩١)، ص ص ١٤ - ١٥.
- ٢٦- حسان حرستاني ونبيل منصور، "التخطيط الصحي كمدخل لمعالجة التنسيق بين الأجهزة الحكومية"، **ندوة تنسيق الخدمات الصحية المنعقدة بمعهد الإدارة العامة في الفترة من ٤-٧ ربيع الثاني ١٤٠٤هـ**، ص ص ١٥٦ - ١٥٧.
- ٢٧- نائل عواملة، "القطاع الصحي: منظور نظمي للترشيد"، **مجلة الإداري**، السنة التاسعة، العدد ٢٨ (مسقط: معهد الإدارة العامة، مارس ١٩٨٧)، ص ٨١.
- ٢٨- كارل تيلر، "بحوث النظم الصحية: كيف يمكن استخدامها؟"، **منبر الصحة العالمي**، المجلد الرابع (الإسكندرية: منظمة الصحة العالمية، ١٩٨٣)، ص ص ٣٥٤ - ٣٥٥.

مراجع الفصل الأول

أولاً - المراجع العربية:

- ١- آمال منصور وكرم منصور، الرعاية الصحية الأولية: الدليل العملي لعامل صحة المجتمع في لبنان (بيروت: منظمة الصحة العالمية، ١٩٩١).
- ٢- حسان حرسثاني، إدارة المستشفيات (الرياض: معهد الإدارة العامة، ١٤١٠هـ).
- ٣- حسان حرسثاني، "المستشفيات والرعاية الصحية الأولية"، مجلة مكتبة الإدارة، المجلد التاسع، العدد الثاني (الرياض: معهد الإدارة العامة، جمادى الأولى ١٤٠٢هـ).
- ٤- حسان حرسثاني ونبيل منصور، "التخطيط الصحي كمدخل لمعالجة التنسيق بين الأجهزة الحكومية"، ندوة تنسيق الخدمات الصحية المنعقدة بمعهد الإدارة العامة في الفترة من ٤-٧ ربيع الثاني ١٤٠٤هـ.
- ٥- خطة التنمية السادسة ١٩٩٥ - ٢٠٠٠، وزارة التخطيط بالملكة العربية السعودية.
- ٦- سيد محمد جاد الرب، "التنمية الصحية كمدخل أساسي للتنمية الشاملة"، مجلة الإدارة، المجلد العشرون، العدد الرابع (القاهرة: اتحاد جمعيات التنمية الإدارية، إبريل ١٩٨٨).
- ٧- عبد الله العماري ومحمد علي التركي، "تنظيم الخدمات الصحية في المملكة العربية السعودية"، ندوة تنسيق الخدمات الصحية المنعقدة بمعهد الإدارة العامة في الفترة من ٤-٧ ربيع الثاني ١٤٠٤هـ.
- ٨- كارل تيلر، "بحوث النظم الصحية: كيف يمكن استخدامها؟"، منبر الصحة العالمي، المجلد الرابع (الإسكندرية: منظمة الصحة العالمية، ١٩٨٣)، ص ٣٥٤-٣٥٥.
- ٩- منظمة الصحة العالمية، "العملية الإدارية في التنمية الصحية الوطنية: مبادئ توجيهية للاستعمال دعماً لإستراتيجيات توفير الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠" سلسلة الصحة للجميع رقم ٥ (جنيف: منظمة الصحة العالمية).
- ١٠- منظمة الأمم المتحدة للطفولة "يونيسف"، وضع الأطفال في العالم (عمان، الأردن: قسم الإعلام والعلاقات الخارجية في المكتب الإقليمي للشرق الأوسط وشمال إفريقيا، ١٩٩٢).

١١- نائل عواملة، "القطاع الصحى: منظور نظمى للترشييد"، مجلة الإدارى، السنة التاسعة، العدد ٢٨ (مسقط: معهد الإدارة العامة، مارس ١٩٨٧).

ثانياً - المراجع الأجنبية:

- 1- Brett J. Cassens, Preventive Medicine and Public Health (Singapore: John Wiley and Sons, 1990).
- 2- G.J. Schieber et al., "Health Spending, Delivery, and Outcome in OECB Countries, Health Affairs, Vol.12, No.4,1993.
- 3- Harold S. Luft, "Competition and Regulation", Medical Care Journal, Vol. 23, No.5 (Philadelphia: J.B. Lippincott Company, May 1985).
- 4- Jonathon S. Rakich, Beaufort B. Longest, and Kurt Darr, Managing Health Services Organizations, 3rd ed. (Baltimore: Health Professions Press, 1992).
- 5- Kohn, R. and White, K., Health Care: An International Study (N.Y: Oxford Medical Publications, 1976).
- 6- Mark Field, "The Concept of the Health System at the Macro-sociological Level", Social Science and Medicine, 1973, Vol. 7, pp. 763.
- 7- Milton Terris, The Three World Systems of Medical Care: Trends and Prospects, World Health Forum, 1980.
- 8-World Health Organization, National Health Systems and Their Orientation Towards Health For All: Guidance For Policy Making, Public Health Papers, No 77, 1984.

الفصل الثاني

التخطيط لمرافق الرعاية الصحية Planning Health Care Facilities

يتطلب تقديم خدمات متميزة فى مجالات الرعاية الصحية، توظيف قوى عاملة على مستوى عال من التأهيل فى تخصصات شتى تحتاج إليها هذه الخدمات، وتوفير الإمكانات المادية والتقنيات الصحية اللازمة لها، لمواجهة الاحتياجات الصحية الفعلية لأفراد المجتمع، والعمل على تلبيتها على أفضل مستويات الرعاية الصحية، وذلك ضمن إطار متكامل من الخدمات، يستهدف وقايتهم والحفاظ على صحتهم.

ولما كان تحقيق ذلك يقتضى تخصيص موارد مالية ضخمة لإنشاء تلك المرافق وتشغيلها، وكانت هناك حاجة إلى ترشيد الإنفاق عليها، وخفض نفقات تكاليفها الآخذة فى الازدياد، وذلك للاستفادة المثلى من الأموال المرصودة لها، فمن الواجب الحرص على التخطيط السليم لها، على النحو الذى يراعى عدم إخلالها بتقديم كمية الرعاية الصحية المناسبة مع جودة نوعيتها.

لذلك سوف نعرض، تباعاً، مفهوم التخطيط بمعناه الواسع، وتخطيط مرافق الرعاية الصحية وتنفيذها بصورة خاصة، والاعتبارات الخاصة بالإعداد لتخطيطها وتنفيذ عمليات إنشائها، والأساليب المتبعة فى هذا المجال، ومراحل عملية هذين النشاطين، وبيان المبادئ العامة والاعتبارات الرئيسية الواجب مراعاتها عند التخطيط لها، والمبادئ المتعلقة بتصميماتها الداخلية، وذلك على النحو التالى:

أولاً - مفهوم التخطيط والتنفيذ لمرافق الرعاية الصحية:

التخطيط بمعناه الواسع هو النظر إلى المستقبل لتحقيق أهداف معينة تعبر عن الرؤى الخاصة بنوعية التغييرات المطلوب إحداثها خلال فترات زمنية محددة. ويمكن تعريفه من الناحية الوظيفية بأنه العملية التى تشمل القيام بإجراءات وعمليات منطقية لاتخاذ قرار أو موقف تجاه موضوع مستقبلى، أو لتحقيق أهداف مستقبلية ضمن مراحل زمنية متتابعة^(١). أما من الناحية الإجرائية، فقد عرفه "سعيد"^(٢) بأنه عملية تحديد ماهية وكيفية اتخاذ القرارات فى الوقت الراهن من أجل تحقيق نتائج مرغوب فيها فى المستقبل. ويرى أن قرارات الماهية هى التى تساعد على تحديد الأهداف (مثلاً: ماذا نريد أن نفعل تجاه موضوع معين ؟ ومتى نبدأ ؟ وأين ؟). أما قرارات الكيفية فهى التى يتم فيها تقرير الوسائل والإجراءات المناسبة لتحقيق تلك الأهداف (ومثال ذلك كيف سيتم إنجاز العمل؟ ومن سيقوم به ؟)^(٣).

فعلى سبيل المثال، يتطلب الوصول إلى المعدل المستهدف لأسرّة المستشفيات فى المملكة العربية السعودية - خلال خطة التنمية السابعة لقطاع الرعاية الصحية ٢٠٠١ - ٢٠٠٥ م - زيادة عدد أسرّة المستشفيات من (٢,٨) لكل ألف نسمة إلى أربعة أسرّة لكل ألف نسمة. ولتحقيق هذا الهدف بالفعالية والكفاءة المطلوبتين لا بدّ من وضع خطة زمنية لذلك، تتناول جملة من الإجراءات والتدابير من أجل اتخاذ القرارات المناسبة بصدد تحديد عدد ونوع أسرّة المستشفيات المطلوب زيادتها لبعض المستشفيات القائمة، أو حجم أسرّة المستشفيات الجديدة المطلوب إنشاؤها خلال فترة الخطة، وذلك بعد الوقوف على ملاءمة التوزيع الجغرافى لمعدل أسرّة المستشفيات لكل ألف نسمة، ومراجعة كفاءة استخدام المستشفيات فى المناطق كافة من حيث معدلات الإشغال فيها، ومتوسطات إقامة المريض، ومعدلات دوران الأسرة، وإجراء الإسقاطات اللازمة للاستخدام المتوقع مستقبلاً خلال فترة الخطة.

هذا، ويندرج موضوع التخطيط لمرافق الرعاية الصحية Facilities Planning فى إطار التخطيط المتوسط المدى - من دون الحاجة إلى الخوض فى الأبعاد الزمنية للتخطيط - ويقصد به تفصيل ما يراد إنشاؤه أو توسعته من مرافق صحية خلال سنوات محددة - من ثلاث سنوات إلى خمس مثلاً - مع توضيح حجم كل منها، ومجالات تخصصها، وتكاليفها، وجداول تنفيذها^(٤).

أما التخطيط التنفيذى لمرافق الرعاية الصحية Implementation Planning فيمكن تعريفه بأنه مجموعة الأنشطة والإجراءات المطلوب أدائها وإتمامها وإتقانها من أجل هذه المرافق، حسب المستويات والمواصفات المقررة لها، وجداولها الزمنية وتكاليفها المحددة^(٥). ومن أمثلة أنشطة التخطيط التنفيذى لتلك المرافق: تصميم النظم المختلفة للخدمات والبرامج الأساسية والمساعدة، والتخطيط التشغيلى، والتخطيط للأجهزة والأثاث، والحصول على الموافقات النظامية التى تكون ضرورية من أجل الإشغال^(٦).

ثانياً- الإعداد للتخطيط لمرافق الرعاية الصحية وتصميمها:

يتطلب الإعداد لتخطيط مرافق الرعاية الصحية، وتصميمها، وتنفيذها تبعاً لنوع كل منها، وحجمها، ومستوى تخصصاتها، وخدماتها المزمع إدخالها، مراعاة عدد من الاعتبارات أهمها: وضع الخطة العامة للمرفق الصحى المراد إنشاؤه أو توسعته، وتشكيل كل من فريق التخطيط الداخلى، وفريق التخطيط الخارجى له، وتقرير الأسلوب الذى

سيعتمد للتعاقد على تصميم المرفق وتنفيذه. وسوف يكون تركيزنا ههنا على مرافق الرعاية الصحية الكبيرة، مثل المستشفيات العامة والتخصصية، ومراكز التأهيل الطبي للحالات الحادة. وفيما يلي عرض لذلك:

١- وضع الخطة العامة أو الإستراتيجية للمرفق الصحي؛

توجز الخطة العامة أو الإستراتيجية لمرافق الرعاية الصحية في العادة الأوضاع الصحية الراهنة في مناطق خدماتها Service Areas، والعناصر الرئيسية لهذه الخطة. وفيما يلي تفصيل موجز للخطوط العريضة لكل منهما:

١-١ الأوضاع الصحية الراهنة في منطقة الخدمة، وتشمل^(٨،٧):

- تحديد منطقة الخدمة للمرفق الصحي المزمع إنشاؤه أو توسعته والتي يتوقع أن يشملها المرفق بخدماته، وذلك عن طريق رسم الحدود الجغرافية للقاعدة السكانية التي نريد خدمتها^(٩).

- وصف شامل للبيئة الطبيعية والاجتماعية والاقتصادية لمنطقة خدمة المرفق الصحي.

- بيان أنواع الخدمات الصحية الموجودة في منطقة الخدمة وأحجامها، وتحديد مجالات الطلب عليها حسب التخصصات ومستويات الخدمات واستخداماتها، وبيان الفجوة الموجودة، لتحديد الاتجاه المستقبلي لحجم المرافق اللازمة لمنطقة الخدمة ومواقعها^(١٠).

- إجراء مسح ديموغرافي لمنطقة الخدمة يتناول بنية الأعمار وجنسها ومعدل زيادتهم السكانية، ومستويات تعليمهم، وأوضاعهم الاقتصادية والاجتماعية.

- تقييم مستوى الحالة الصحية لسكان منطقة الخدمة، مع التصوير الدقيق للمشكلات الصحية السائدة بينهم، والمشكلات ذات العلاقة بصحتهم والمعوقات المتعلقة بها وتحديد أولوياتها.

- تحديد الأهداف العامة التي تعبر عن الرؤية الخاصة بنوعية التغييرات المطلوبة لمواجهة أولويات المشكلات الصحية السائدة في منطقة الخدمة، وترجمتها إلى احتياجات على شكل موارد بشرية مؤهلة وبرامج وخدمات أساسية، وأخرى لازمة لمواجهة الاحتياجات الصحية الإضافية في ضوء الاستخدام المتوقع لها.

١-٢ العناصر الرئيسية للخطة العامة للمرفق الصحى، وتشمل ما يلى^(١١):

- بيان أهمية المرفق الصحى المزمع إنشاؤه أو توسيعه من حيث إثبات أهمية نوعية الخدمات المزمع تقديمها ودورها فى تلبية احتياجات مجتمع منطقة خدمة المرفق. وكثيراً ما يُعبر عن ذلك من خلال بيان المهمة الرئيسة أو رسالة المرفق الصحى Mission Statement.
- تحديد الأهداف العامة والفعاليات الرئيسة، ورؤية القائمين على المرفق لنوعية الخدمات التى سوف تقدم.
- تحديد نوع الخدمات الطبية والمساعدة وحجمها ومستواها التى سوف تقدم، ومجالات استخدامها المتوقع لها.
- تقدير المتطلبات والمقومات اللازمة لإقامة مشروع المرفق الصحى المقترح لإمكان تقديم الخدمات المرسومة حسب المواصفات والشروط المطلوبة، ووضعها ضمن خطة تنفيذية ذات طابع زمنى.
- وبمجرد أن تتم الموافقة على الخطة العامة أو الإستراتيجية للمرفق، يمكن أن تبدأ عملية التخطيط لإعمار المرفق ببيان متطلبات المرفق الضرورية، من أجل تنفيذ الخطة بطريقة منظمة يمكن متابعتها^(١٢).

٢- فريق التخطيط الداخلى Internal Planning Team:

وهو الفريق الذى سوف تناط به المشاركة فى التخطيط لمشروع مرفق الرعاية الصحية المقترح ومتابعة تنفيذه. ويتكون هذا الفريق، بالإضافة إلى أعضاء مجلس إدارة المرفق، من كل من المدير التنفيذى أو المدير العام للمرفق، ومن أعضاء الهيئة الطبية ومجموعات المستخدمين والمخطط الداخلى. وفيما يلى ملخص بالمهام الرئيسة لكل منهم^(١٣، ١٤، ١٥):

- مجلس الإدارة، ومن مهامه:
- اعتماد خطط برامج المرفق الصحى وخدماته الموضحة فى خطته العامة أو الإستراتيجية.
- تحديد الأهداف الرئيسة لبرنامج تحديد الأمكنة الوظيفية Functional Space Pro-gram، من خلال مصادقته على الخطة الإستراتيجية وخطة المرفق والموقع العام.

- تأمين الاعتمادات اللازمة لمشروع مرفق الرعاية الصحية المقترح.
- تعيين فريق التخطيط الخارجى، ومن ثم مراقبة أدائه والمصادقة على أعماله.
- الاستعانة بالخبراء والمستشارين لإنجاز بعض الأعمال وإجراء الدراسات اللازمة للمشروع المقترح.
- الموافقة على ميزانية المشروع المقترح ومتابعة أوجه صرف الميزانية المخصصة له.
- إقرار عقود الإنشاء أو تفويض بإقرارها لمن يلزم.

المدير التنفيذى أو المدير العام، ومن مسؤولياته الرئيسية:

الإشراف المباشر على جميع أنشطة المشروع المقترح، والموافقة على الخطط المزمع تنفيذها، والتي قد تؤثر على التشغيل السليم للمرفق، وتقديم الرأى والمشورة لمجلس الإدارة فيما يتعلق بخطط المشروع المقترح وتصميمه، والتأكد من مطابقة التصميمات والمخططات لمواصفات وشروط الجهة المرخصة للمرفق الصحى، مثل تلك المواصفات والشروط التى تصدرها إدارة الرخص الطبية التابعة لوزارة الصحة فى المملكة العربية السعودية. وينظر المدير التنفيذى إلى جوانب منها: تكاليف التصميم والإنشاء والتشغيل، والإيرادات المتوقعة، والمشاركة فى اختيار فريق التخطيط الداخلى، وفريق التخطيط الخارجى.

- **الهيئة الطبية:** وذلك لتقديم الدعم الفنى المناسب لمتطلبات تنفيذ برامج أو خدمات سريرية خاصة، لكل من فريق التخطيط الداخلى وفريق التخطيط الخارجى. ويتم ذلك من خلال تشكيل لجان مؤقتة متخصصة Ad-hoc من بين أعضاء الهيئة الطبية لكل خدمة أو برنامج خاص. ويفضل أن يرأس هذه اللجان رؤساء الأقسام الطبية لتسهيل أعمالها ومراجعتها.

- **مجموعات المستخدمين User Groups:** وهى تتألف من رؤساء الأقسام المساعدة ومديرة التمريض وبعض الأطباء ذوى الصلة بالأقسام التى ينتمون إليها. ويمكن أن تلعب مجموعات المستخدمين دوراً استشارياً وإرشادياً مهماً فى عملية التخطيط للمرفق، وذلك بتقديم مقترحاتها حول المساحات اللازمة والاحتياجات من الأجهزة، فضلاً عن ملاحظاتهم حول مفاهيم التصميم تبعاً لنوعية التقنيات المستخدمة، وحجم العمل المتوقع، والعلاقات البينية بين الأقسام.

– **المخطط الداخلى In-house Planner**: هناك العديد من منظمات الرعاية الصحية التى تتوافر لديها وحدة تنظيمية للتخطيط، لتقديم الدعم الفنى والمشورة للمدير التنفيذى حول الخطط والبرامج الكفيلة بتحقيق أهداف المشروع المقترح. فالمخطط الداخلى يمكن أن يكون المصدر الرئيسى لعملية تنمية المرفق الصحى والتخطيط له.

٣- فريق التخطيط الخارجى External Planning Team

يرى "جيمس هوسكنج James Hosking"^(١٦) أن مرفق الرعاية الصحية لا يستطيع أن يعتمد اعتماداً كلياً على فريقه الداخلى فى التخطيط ومتابعة تنفيذ مشروعه المقترح. فقد يحتاج إلى فريق خارجى يضم فى عضويته مهندسين يتمتعون بكفاءة متميزة فى مجالات التخطيط للمشروع وتنفيذه وتجهيزه، فضلاً عن مشاركتهم فى إدارته. ومن فوائد هذا الفريق، كما يقول "هوسكنج"^(١٧): أنه يُمكن المؤسسة أو المرفق الصحى من التفرغ لأعمال مراجعة الخطط، والتعليق، واتخاذ القرارات اللازمة، لإبلاغها لأعضاء هذا الفريق، والحد من تأخير تنفيذ المشروع، وزيادة فرص الموافقة على تنفيذه، والحد من إمكانات إخفاقه.

ويشارك فى فريق التخطيط الخارجى عادة كل من: مستشار التخطيط للمرفق، والمهندس المعماري، والمهندس الإنشائي، ومدير الإنشاءات، والمستشار الخاص بالتخطيط للأجهزة، والمستشار المالى، والمستشار القانونى. ونورد فيما يلى وصفاً موجزاً للمهام الرئيسية لكل من أعضاء هذا الفريق^(١٨):

– **مستشار التخطيط للمرفق Facility Planning Consultant**: ويتلخص دوره فى تحديد المساحة المطلوبة للقسم وعلاقاته البينية مع الأقسام ذات الصلة، بما يضمن فعاليتها فى ضبط تكاليف تشغيله.

– **المهندس المعماري**: ومن مسؤولياته ترجمة برنامج المكان الوظيفى Functional Space Program المتعلق بمتطلبات المرفق الصحى من الخدمات المختلفة إلى تصميم عملى ذى فعالية بالنسبة للتكلفة، وذلك لضمان زيادة إمكانية الاستفادة من الموارد المتاحة للمشروع. بالإضافة إلى إيجاد الحلول المناسبة لما قد يطرأ من تغييرات على برنامج المكان الوظيفى^(١٩).

– **المهندس الإنشائي**: ويكون مسؤولاً عن البنية التحتية للمشروع من الجوانب الإنشائية والميكانيكية والكهربائية وإمدادات المياه والمجارى، بما يدعم تصميم المهندس المعماري للمشروع.

- **مدير الإنشاءات Construction Manager:** ويكون مسؤولاً بصفة عامة عن تقدير التكاليف المعقولة للإنشاءات بناءً على الخطط والمخططات المعتمدة. ومن خلال عمليات الإنشاء يمكن أن يتلقى المدير العروض ويجدول العمل ويجرى التنسيق مع المقاولين من الباطن، ويدير برنامج الإنشاء بهدف خفض الوقت اللازم للإنشاء.

- **مستشار التخطيط للأجهزة:** كان يقوم بهذه المهمة تقليدياً قسم المشتريات بالتعاون مع المختصين فى الأقسام المختلفة. ولكن مع التقدم المطرد فى الأجهزة الطبية وغير الطبية يستعين العديد من المرافق الطبية بخبير متخصص فى مجال الأجهزة، ولا سيما الطبية منها، للتركيز على الحد من تكاليف هذه الأجهزة، وإجراء التنسيق اللازم لتلبية احتياجات الأقسام ذات العلاقة، وتقييم الأجهزة القائمة حالياً، وتحضير مواصفات الأجهزة المطلوبة، وتنسيق إجراءات تركيبها وتدريب الموظفين عليها.

- **المستشار المالى:** ويكون مسؤولاً بالتنسيق مع مدير الإنشاءات والمختصين الآخرين عن إجراء الدراسات المالية حول تكاليف المباني والإنشاءات المتعلقة بأعمال تجهيز الموقع العام للمشروع، وأعمال الصرف الصحى والتغذية بالمياه والرى، والأعمال الميكانيكية والكهربائية، وتكاليف شراء الأجهزة والمعدات والأثاث ووسائل النقل، وتكاليف الأنشطة المكتبية والإدارية والتسويق، ومصاريف ما قبل التشغيل التى تدخل ضمن التكاليف التأسيسية للمشروع، إضافة إلى مشاركته فى الدراسات الفنية ذات الصلة بتكاليف المشروع وصيانتته عند بدء التشغيل الفعلى له.

- **المستشار القانونى:** لتقديم المشورة القانونية فى الأمور التى تحال إليه.

٤- أساليب التعاقد لتصميم المشروع وإنشاءه Methods of Contracting:

هناك عدد من الأساليب للتعاقد لتصميم مرافق الرعاية الصحية وتنفيذ إنشائها. ومن أهم هذه الأساليب ما يلى: الأسلوب التقليدى، وأسلوب الفريق، وأسلوب التصميم والبناء، وأسلوب إدارة المشروع. وفيما يلى عرض موجز لكل من هذه الأساليب (٢٠، ٢١، ٢٢):

- الأسلوب التقليدى Traditional Approach:

وهو من أكثر الأساليب شيوعاً لتنفيذ البناء حيث يقوم المالك أو الجهة صاحبة المشروع، بكتابة عقد منفصل مع بيت من بيوت الخبرة الهندسية يضم بصفة رئيسية مستشار تخطيط، ومهندس معمار، ومهندس إنشاء، لتخطيط وتصميم المبنى. ويقوم هذا بدوره بتحضير برنامج المساحات الوظيفية Functional Space Program ومجموعة

رسم المخططات العملية Working Drawings والمواصفات. وبعد ذلك يتم طرح المشروع وفقاً لهذا الأسلوب فى مناقصة للوصول إلى رقم لتكلفة إنشائه، وينال تنفيذه عادة الجهة التى تتقدم بأقل تكلفة. وتسمح هذه الخطوات بتكوين رقم لحساب تكلفة المشروع قبل الشروع فى تنفيذه.

– أسلوب الفريق Team Approach:

فى هذا الأسلوب، كما فى الأسلوب التقليدى، يتم التعاقد مع فريق يتكون من: مستشار فى تخطيط المرافق، ومهندس معمارى، ومهندس إنشائى، ومدير إنشاء لتنمية وتنفيذ برنامج البناء. ويتيح هذا الأسلوب الفراغ من إنشاء المشروع فى وقت أقصر منه فى حالة اتباع الأسلوب التقليدى، للأسباب الآتية:

- جميع العقود يتم تنسيقها وإدارتها من قبل المالك أو الجهة صاحبة المشروع.
- يعطى المالك أو الجهة صاحبة المشروع مرونة أكثر فى تعديل التصميم فى أى مرحلة أو تغيير ما سبق قبوله، وتجربة بدائل أكثر عدداً عندما تقتضى الضرورة ذلك.
- الالتقاء بين محترفين متنوعى التخصص فى فريق واحد.
- انتهاز الفريق عادة لأسلوب إدارة المشروع، حيث يتولى مدير المشروع الذى يتم تعيينه من قبل المالك أو الجهة صاحبة المشروع، بعقد معين، المسؤولية المباشرة أمام المالك أو الجهة صاحبة المشروع، لتنسيق جهود الفريق، ولضمان تلبية المشروع لمتطلبات المالك أو الجهة صاحبة المشروع.
- وفى هذا الأسلوب، تتداخل مرحلتا التصميم والإنشاء، بدلاً من أن يتما على التعاقب كما فى الأسلوب التقليدى. ومن مزايا هذا الأسلوب أيضاً، أنه يحد من الأوقات اللازمة للتخطيط والإنشاء.

– أسلوب التصميم والبناء Design - Build Approach:

لعل أبسط وصف لهذا الأسلوب الذى يسمى بأسلوب المنتهى بتسليم المفتاح Turnkey هو قيام متعهد أو شركة بتولى المسؤولية الكاملة عن تنفيذ المشروع، ومن ثم تسليمه للمالك أو للجهة صاحبة المشروع.

– إدارة المشروع:

ليست إدارة المشروع أسلوباً بديلاً لتنفيذ المرفق، بل هى بالأحرى عملية لتنفيذ برنامج البناء. وذلك لأن مشروعات البناء اليوم أصبحت على جانب كبير من التعقيد، ولذلك يعتقد

العديد من الخبراء أن الأسلوب التقليدي ليس فعالاً بقدر كاف للبناء. كما أن تمويل إنشاء مشروعات الرعاية الصحية يتطلب مبالغ كبيرة، مما يستدعي أن يتم التحول إلى أسلوب إدارة المشروع لترشيد الإنفاق.

وتتطلب عملية إدارة المشروع في تنفيذ المرفق تجميع مجموعة العمل المناسبة من المحترفين ذوي التخصصات المطلوبة لتنفيذ المشروع.

ثالثاً- مراحل عملية التخطيط لتشييد مرافق الرعاية الصحية:

إن المرحلتين الرئيسيتين لعملية إنشاء مرفق الرعاية الصحية (أى تصميمه وبناءه) تتمان من خلال عدة أنشطة منفصلة لكنها مترابطة. ويمكن تصنيف هذه الأنشطة، كما هو موضح فى الجدول رقم (١)، فى الفئتين الرئيسيتين التاليتين: التخطيط للمرفق Fa- cilities Planning وتنفيذ التخطيط Implementation Planning.

الجدول رقم (١)

خطوات عملية إنشاء مرفق الرعاية الصحية وفق الجدول الزمني للتنفيذ*

مرحلة الإنشاء (بالأشهر) Construction Phase	مرحلة التصميم (بالأشهر) Design Phase	النشاط
		التخطيط للمرفق:
		- تخطيط الموقع العام المراد إنشاؤه.
		- برمجة الأمكنة التى يحويها المرفق.
		- الرسومات التخطيطية لتقسيم المبنى.
		- الرسومات التصميمية لمخططات الأقسام.
		- الرسومات التصميمية التفصيلية.
		- الرسومات العملية.
		- الإنشاء الجديد أو التجديد أو الإصلاح.
		التخطيط للتنفيذ:
		- دراسة الجدوى المالية الأولية.
		- دراسة الجدوى المالية وإستراتيجية التمويل.
		- التخطيط للأجهزة.
		- تجهيز المرفق والتخطيط للإشغال.

* يمكن استخدام مخطط "جانت Gantt" لتوضيح الجداول الزمنية لمختلف أنشطة مراحل عملية إنشاء وتنفيذ مرفق الرعاية الصحية.

أ - مرحلة التخطيط لمرافق الرعاية الصحية وتصميمها Facilities Planning and Design:

حدد "جيمس هوسكنج James Hosking" عدداً من الخطوات الرئيسية التي يمكن أن يسترشد بها المهتمون في عملية التخطيط للمرافق^(٢٣). ويتفق مع هذه الخطوات في مضمونها، ما جاء في كتاب الهيئة الأمريكية للمستشفيات عن التخطيط لمرافق الرعاية الصحية وبنائها^(٢٤)، وكذلك ما جاء في مقال استشاري في تخطيط مرافق الرعاية الصحية بقلم "روبرت دوغلاس Robert Douglass"^(٢٥). وهذه الخطوات هي: خطة الموقع العام والتخطيط للمرافق، وبرمجة أمكنتها الوظيفية، والرسوم التخطيطية لتقسيم المبنى، والرسوم التخطيطية لمخططات الأقسام به، ورسوم تصميماتها التفصيلية، ورسومها العملية، وإنشاء المبنى. وفيما يلي عرض موجز للعناصر الرئيسية التي تشتمل عليها كل خطوة:

١- التخطيط للموقع الأساسي والمرافق الأساسية Master Site and Facilities Planning:

يحدد التخطيط للموقع الأساسي والمرافق الأساسية الأمكنة المختارة لتشييدها، والإطار العام من أجل بيان طبيعة الخدمات المطلوبة من دون الحاجة إلى الخوض في تحديد المدة اللازمة لذلك. وفيما يلي أهم الاعتبارات التي ينبغي الاستعداد بها عند وضع هذه الخطة لمستشفى عام كبير الحجم على سبيل المثال:

١-١ اعتبارات الموقع العام - ومن أهمها^(٢٦، ٢٧، ٢٨):

- أن يكون الموقع قريباً من المجتمع المستهدف لتيسير وصول الناس إليه.
- أن تتوفر في الموقع جميع الخدمات العامة اللازمة للمرفق مثل شبكات المياه والصرف الصحي والكهرباء والهاتف والطرق المعبدة.
- أن تسمح مساحة أرض مشروع المرفق بالتوسع المستقبلي، وأن تكون مرتفعة عن سطح الأرض لتأمين تصريف طبيعي لمياه الأمطار والسيول.
- أن يتم تشجير محيط أرض المشروع بالأشجار والنباتات اللازمة لإضفاء صورة جمالية عليه تجعله محبباً إلى النفوس، ويشيع في الوقت نفسه جواً نفسياً مريحاً للعاملين فيه والمستفيدين منه.

٢-١ اعتبارات التخطيط للمرافق، ومن أهمها^(٢٩، ٣٠):

- عدد أسرة المستشفى المطلوب إنشاؤه، وإعداد جدول بتوزيعاتها حسب الخدمات الطبية الأساسية والوحدات الفرعية والمساندة التابعة لكل منها.

- عدد غرف العمليات الجراحية وأجنحة الولادة المطلوبة والوحدات المساندة المرتبطة بكل منها.
- بيان العلاقات البينية بين مختلف الأقسام.
- وصف إجراءات تدفق المرضى والزوار والموظفين والتجهيزات والتسهيلات المطلوبة فى جميع أنحاء المبنى.
- تطوير الموقع بحيث يشمل الحاجة إلى المواقف، ونماذج معالجة السير والمرور.
- حجم المرافق المزمع تخطيطها على أرض المرفق مثل بعض الأقسام الطبية المساعدة، ومركز العيادات الخارجية، وقسم الطوارئ، والمراكز التخصصية، ومكاتب الأطباء، والخدمات العامة المساندة، والخدمات الإدارية، وخدمات التعليم والتدريب والبحوث، وهيكل المواقف.
- نظم الانتقال أو النقل الأفقية والعمودية.
- التقييم الوظيفي والهندسى لعناصر تخطيط المرافق.
- اتخاذ الترتيبات لموضوع ملكية الأرض.
- التوسع المستقبلى للخدمات والبرامج.

٢- برمجة الأماكن الوظيفية Functional Space Programming:

وبمجرد أن يتم تحديد طبيعة الخدمات التفصيلية المطلوبة يمكن أن يبدأ مستشارو الرعاية الصحية والمهندسون المعماريون بالتحضير لبرنامج الأماكن الوظيفية التى تصف بالتفصيل المتطلبات المكانية لكل قسم مقترح فى المشروع. ويصف هذا البرنامج الأنشطة الحالية والمستقبلية للأماكن الوظيفية، ويوجز المفاهيم التشغيلية، ويراجع موضوعات الاستخدام والتوظيف. كما يوجز الاحتياجات من المساحات غرفة فغرفة (وكثيراً ما يتم التعبير عن المساحة بالقدم المربع Square Feet)، ويحدد الاعتبارات والمتطلبات التخطيطية التى روعيت مثل العلاقات بين الأماكن ومواقع الأجهزة^(٣١، ٣٢).

٣- الرسوم التخطيطية لتقسيم المبنى ولخططات الأقسام

:Drawings Block Schematic and Single Line Schematic

توضح الرسوم الخاصة بتقسيم المبنى للصور الموجزة الخاصة بكل قسم مشيرة إلى حجمه المقترح وموقعه. كما تشير إلى نماذج انسياب الحركة المرورية بين مختلف الأقسام

وعلاقتها البنية. أما الرسوم التخطيطية لمخططات الأقسام فتظهر لمخططات الأقسام الداخلية وعلاقات كل منها، وحجم الغرف فيها. ويكون التركيز في هذه المرحلة على تحديد موقع الغرف ضمن كل قسم في إطار المخطط العام للمبنى^(٣٣).

٤- رسوم التصميم التفصيلية Design Development Drawings:

وتبين هذه الرسوم لسماكة الجدران ومواقع الأجهزة الرئيسية المبنية داخل الجدران، إضافة إلى النظم الميكانيكية والكهربائية والهيكلية والمعمارية المطلوبة ضمن الغرف في المشروع، مع ملاحظة مراعاة مواصفات الأجهزة فيها^(٣٤).

٥- الرسوم العملية Working Drawings:

في هذه المرحلة يتم قياس حجم الاحتياجات المطلوبة من النظم الميكانيكية والكهربائية ونظم إمدادات المياه والمجاري، وذلك للوفاء بمتطلبات كل قسم من أقسام المبنى تم تحديده في مرحلة رسوم التصميم التفصيلية التي سبقت الإشارة إليها^(٣٥). وعند اكتمال الرسوم العملية يقوم الفريق الهندسي الاستشاري بوضع الرسوم الإنشائية لبيان التسليح المطلوب لمختلف المرافق الإنشائية.

٦- الإنشاء Construction:

وهي مرحلة الإنشاء الفعلي للمرفق الجديد أو المراد إصلاحه أو توسيعه، إذ تتم جدولة أنشطة البناء الجديد أو المراد تجديده للحد من العراقيل أو المعوقات التشغيلية الاعتيادية^(٣٦).

ب - مرحلة التخطيط لتنفيذ مشروعات مرافق الرعاية الصحية Implementation Planning:

ويتم تنفيذ المشروع بحيث يتماشى مع تخطيط المرافق والتصميم. ومن أهم أنشطة هذه العملية: بيان أو شهادة إثبات الحاجة Certificate of Need، ودراسة الجدوى المالية وإستراتيجية التمويل، والتخطيط للأجهزة، وتجهيز المرفق والتخطيط لبعث النشاط والإشغال فيه Facility Activation and Occupancy Planning. وفيما يلي عرض موجز لكل نشاط من الأنشطة الأربعة السابقة^(٣٧، ٣٨):

١ - بيان أو شهادة إثبات الحاجة إلى المرفق أو الخدمة الجديدة:

في أغلب الحالات، ولا سيما في حالة المرافق المرخصة، ينبغي صياغة بيان أو شهادة

لإثبات الحاجة، لتقديمها إلى الجهات المعنية بالتمويل (فى أمريكا مثلاً تقدم إلى حكومة الولاية أو إلى الوكالات المحلية) بغية الحصول على الدعم المالى للإنشاء أو التطوير المطلوب. ويمكن تسمية دراسة بيان الحاجة باسم دراسة الجدوى المالية الأولية للمشروع.

٢- دراسة الجدوى المالية وإستراتيجية التمويل:

ينبغى أن يتولى المالك أو الجهة صاحبة المشروع إجراء تقييم تفصيلى لمشروع المرفق الصحى وتكاليف تشغيله لتحديد حجم المديونية المطلوبة، وذلك من أجل وضع إستراتيجية لتمويل المشروع بتكلفة معقولة، مع توفير مرونة للاستجابة للاحتياجات الرأسمالية المستقبلية. ولكى يكون من الممكن التحضير لدراسة الجدوى المالية، ينبغى للمنظمة أن تضع الميزانية الإجمالية للمشروع، بمساعدة فريق التخطيط الخارجى، بحيث تحدد فيها جميع تكاليف المشروع وأجور العاملين ورواتبهم وتكاليف الأرض والإنشاءات والأجهزة والقضايا القانونية وغيرها.

وتحتاج المنظمة إلى تحديد الكيفية التى سيمول بها مشروع تطوير هذه المرافق ومتطلباتها الرأسمالية الأخرى. وينبغى أن تكون هناك دراسة جدوى أولية لتكاليف الإنشاء، والاستخدام، ومعدلات دوران رأس المال.

٣- التخطيط للأجهزة:

ومن الأمور الأساسية تقييم الأجهزة الحالية فى المرفق الذى يراد تطويره، وتحديد ما يمكن إعادة النظر فى تحديد موقعه، وما هى الأجهزة الإضافية التى سوف يحتاج إليها للمرفق الجديد أو المراد إصلاحه أو تجديده. وينبغى أن يبدأ التخطيط لأنشطة الأجهزة فى وقت مبكر قدر الإمكان بحيث يمكن إدخال ذلك ضمن احتياجات الميزانية والطلب المقدم لشهادة إثبات الحاجة أو ما أسميناه بدراسة الجدوى المالية الأولية للمشروع. وبعد تحديد الأجهزة المطلوبة يتم إعلام المهندسين المعماريين والإنشائيين بها لضمان تخصيص المساحات اللازمة لها.

٤- تجهيز المرفق والتخطيط لإشغاله:

يعد التخطيط الكامل والدقيق ضرورياً من أجل الافتتاح الميسر وتجهيز المرفق الجديد للخدمة أو إعادة تجديد المرفق القائم وإصلاحه. ويمكن تعريف تجهيز المرفق -Commisioning- بأنه العملية التى تشتمل على تحديد مجموعة الأنشطة الخاصة بتحويل مبنى مرفق الرعاية الصحية الجديد، إلى مرفق مؤثث مزود بالأجهزة والمعدات واللوازم

الضرورية، وفق المواصفات المطلوبة لتأدية أنشطته بالكفاءة والفعالية المطلوبتين، وبحيث يكون جاهزاً لاستقبال المستفيدين منه^(٣٩). وتقع هذه المرحلة كما حددها "حريستانى" فى كتابه من الانتهاء من بناء المرفق إلى تجهيزه بكل مستلزماته والقوى العاملة فيه، وإدخاله المرضى^(٤٠).

- ومن أهم الأسس والمقومات التى ينبغى التركيز عليها فى هذه المرحلة ما يلى^(٤١):
- وضع إطار متكامل لنظم تشغيل مختلف البرامج والخدمات المقررة وتحديد مستويات التوظيف بها، وخطط تعيين الموظفين، وبرامج تدريبهم على خطط العمل والتجهيزات المتوفرة.
- تحديد إستراتيجيات إعادة تحديد المواقع فى المبنى، وجداول تركيب الأجهزة، وجداول تجهيز المبنى.
- التأكيد على ضرورة استلام المبانى وتجهيزاتها فى حالة تشغيلية تتفق مع ما ورد من مواصفات واشتراطات مدونة فى العقد أو العقود المبرمة مع الجهة أو الجهات المنفذة للمشروع.
- إجراء تجارب اختبارية على تشغيل المرفق قبل استقباله المرضى، للتأكد من استيعاب العاملين فيه للنظم والتعليمات الواردة فى الخطط الموضوعية للخدمات والأنشطة المتنوعة، ولتقييم فعاليتها وكفاءتها.
- ويعد التجهيز السليم وخطة إشغال المرفق الجديد أو المزمع تجديده أمراً مهماً قبل افتتاحه.

رابعاً- المبادئ العامة والاعتبارات الرئيسية للتخطيط لمرافق الرعاية الصحية General Facility Planning Principles:

سواء أكان الموضوع هو تقييم ملائمة المرافق الحالية أو الاعتبارات الواجب مراعاتها للإنشاءات الجديدة، فهناك اعتبارات يجب أخذها فى الحسبان، وذلك بالنسبة لما يلى^(٤٢، ٤٣):

- وحدات التمريض:

لما كانت مرافق وحدات التنويم تتمركز حول سرير المريض، فمن الواجب ربط سرير المريض ربطاً متكاملاً بخدمات تمريضية تامة، تتألف بدورها من وحدات تمريضية فعالة

ذات كفاءة، وفى حدود (٣٢) إلى (٤٠) سريراً. بالإضافة إلى الاعتبارات الخاصة بإيجاد الغرف الخاصة المفردة مقابل الغرف ذات السريرين. ويعد مزيج الغرف المناسب هو الذى تكون فيه نصف الغرف مفردة، ونصفها الآخر مزدوجاً، على أن تكون فسيحة نسبياً، لتعين المرضى فى حركتهم مع تركيب ستارة خاصة لكل من المرضى للحفاظ على درجة من الخصوصية، مع مراعاة الفصل بين الجنسين من المرضى بما يتفق وتعاليم الشريعة الإسلامية السمحة، على الرغم من أن الاتجاه الحالى منذ مطلع التسعينيات لا سيما فى البلدان المتقدمة أو الغنية يجنح إلى الغرف المفردة، لإضفاء مزيد من الخصوصية، وبخاصة فى المستشفيات الخاصة.

- الخدمات الطبية المساعدة Medical Ancillary Services:

ينبغى أن تقع مرافق الخدمات الطبية المساعدة مثل المختبر والأشعة فى أسفل المستويات المتعددة، لكى يتيح ذلك بإمكانية توسيعها عندما تستدعى الضرورة ذلك. وأهم الاعتبارات التى ينبغى التركيز عليها خدمتها لكل من المرضى الخارجيين والداخليين. ومع الاتجاه إلى التركيز على الرعاية الخارجية، يمكن أن يؤخذ فى الحسبان الفصل بين نوعين من الخدمات الطبية المساعدة تبعاً لعبء العمل فى المرفق المعنى، بحيث تكون هناك خدمات طبية مساعدة منفصلة للرعاية الخارجية، مما يبرر ازدواجية الموظفين والتجهيزات.

- المصاعد ونظم الانتقال أو النقل Elevators and Transportation:

وعلى العموم ينبغى أن تكون المصاعد المخصصة للمرضى والخدمات والزوار والموظفين مركزية ومنفصلة لزيادة مرونة الاستفادة منها، ولا سيما فى أوقات الذروة. وهذا الأمر يصل إلى مستوى عالٍ من الأهمية فى حال إصابة بعض المصاعد بالخلل، على أن المزية الأخرى فى التخطيط للمصاعد هى المرونة بالنسبة لحجمها المطلوب. فجميع مصاعد المرضى والخدمات ينبغى أن تكون كبيرة إلى الدرجة التى تسمح بنقل العربات وسرير المريض بما فى ذلك إطار ملحقاته مثل سرير مريض مصاب بمرض عظمى. وينبغى أن تكون هذه المصاعد غير مرئية من المناطق العامة قدر الإمكان.

- أنماط حركة المرور Traffic Patterns:

ينبغى أن ينحصر المرور فى المرفق لا سيما مرور المرضى قدر الإمكان فى التوجه إلى المصعد. وهذا ما يستدعى أن تكون الخدمات الطبية المساعدة قريبة منه. وهذه القاعدة تنطبق على العيادات الخارجية أيضاً.

– مسافة المرور Traffic Distance:

وسوف يؤدي خفض مسافة مرور الموظفين من قسم إلى الحد من تكاليف التشغيل. ولذا ينبغي أن ترتبط الأقسام كلها بنقطة النقل المركزية.

– العلاقات البينية بين الأقسام:

ينبغي أن يؤخذ بعين الاعتبار العلاقات البينية بين الأقسام عند التخطيط لتوسيع المرافق الجديدة أو عند إكمالها أو استبدالها. وفي الحالة المثالية، ينبغي أن تكون جميع الخدمات الأساسية في منطقة المركز، وبالقرب من المصعد. وإذا تعذر ذلك وجب الوصول إلى حل وسط ليكون موقع هذه الخدمات قريباً من المركز.

ولكي نحد من تكاليف التشغيل، يجب على مرافق الرعاية الصحية الكبيرة مثل المستشفيات أن تدخل في حساباتها جميع الأقسام الصغيرة للمشاركة في مناطق الخدمات المساندة مثل الاستقبال، والانتظار، ومناطق تبديل الملابس، وغرف استراحة العاملين، وغرف المشاورات.

خامساً- مبادئ التصميم الداخلى لمرافق الرعاية الصحية واعتبارات تحديد المساحات اللازمة:

ينبغي لمبادئ التصميم الداخلى للأقسام Intradepartmental Design Principles، وتحديد مساحة المكان اللازمة، أن تتماشى مع بعض المعايير الخاصة بالخدمة، والمرضى، وتنسيق حركة مرور العاملين. ومن أهم المبادئ التى ينبغي مراعاتها فى ضوء هذه المعايير^(٤٤، ٤٥):

– ما يتعلق بالتصميم الداخلى للأقسام^(٤٦):

– أن تكون منطقة استقبال المريض والانتظار قريبة من المدخل إلى القسم، ولكن من دون أن تكون مفتوحة مباشرة على مناطق عمل القسم.

– ينبغي أن تكون مناطق الانتظار التى تحتاج إلى ارتداء معاطف قريبة من أماكن العلاج. وينبغي أن لا يطلب من المرضى أن يمشوا بالقرب من مناطق الجمهور بعد ارتدائهم للمعاطف.

– لزيادة جو الخصوصية، ينبغي أن تفتح أبواب غرف الحمامات على الممرات وأن لا تكون مفتوحة مباشرة على أماكن الانتظار.

- ينبغي أن لا تكون قاعات استراحة الموظفين بالقرب من مناطق الانتظار أو أماكن المعالجة.
- أن تكون أماكن التخزين والمنافع Utility مصممة لزيادة المرونة، وأن لا يكون فيها خزائن أو أرفف مبنية إلا بالحد الأدنى.
- أن تكون أبواب غرف الفحص والعلاج ذات مفصلات لزيادة جو الخصوصية حول المريض عندما يفتح الباب.
- أن تكون نوافذ غرف المرضى واسعة تسمح بمشاهدة مناظر المساحات المزروعة للتخفيف من الإحساس بالوحدة والمرض.
- أن تكون الأسقف مرتفعة نسبياً، وذلك لإضفاء إحساس باتساع المبنى لإشعار المرضى بالراحة والرضا.
- أن تتخذ كافة التدابير الوقائية للحفاظ على سلامة المرفق والعاملين فيه والمستفيدين منه.

- فيما يتعلق بالداخل Entrances:

ينبغي، فى الحالة المثالية، أن يكون هناك ستة مداخل رئيسية هى: مدخل المرضى والزوار، ومدخل الموظفين، ومدخل الأطباء، ومدخل الطوارئ، ومدخل العيادات الخارجية، ومدخل استلام البضائع واللوازم، مع وجود المواقف المناسبة بالقرب من كل منها. وينبغي أن تكون هذه المداخل وثيقة الصلة بالأقسام المستخدمة من قبل المجموعات، وأن توجه حركة المرور بها بصورة مباشرة إلى المصاعد المناسبة ونظام الدوران فى المستشفى.

- فيما يختص بتحديد مساحة المكان اللازمة Space Determination:

هناك جانب مهم فى التخطيط الإنشائى يتعلق بتحديد المكان اللازم من أجل الوظيفة التى يراد أداؤها. وينبغي أن تتماشى مساحة القسم مع نطاق الخدمات المقدمة. ومع ذلك، فإنه ينبغي أن لا يتم التخطيط لها مع ارتباط ذهن بنطاق الخدمات الحالية، أو بمفاهيم إدارية، أو رغبات أفراد القسم، من دون اعتبار الاتجاه السائد فى هذا الميدان. فإى مقياس أو استدلال بمنشور ينبغي أن يثار التساؤل حوله، وينبغي أن يكون ذا صلة بالتنظيم والعمليات التشغيلية والإجرائية للقسم. ولعل من المفيد كثيراً أن يتم فحص مصدر الوثيقة المنشورة للمقياس الذى يسترشد به فى التحديد الدقيق للمساحة المطلوبة، من أجل المتغيرات التى سوف يتم تضمينها فى حساب المساحة.

- وعند تحليل احتياجات الخدمة من المساحات اللازمة، ينبغي مراعاة العوامل الرئيسية التالية التى تؤثر على الاستخدام^(٤٧):
- نطاق الخدمات التى يقدمها القسم.
 - ساعات التشغيل وسياسات جدولة بعض الفحوص فى أيام معينة أو تحديد غرف معينة خاصة كما فى بعض تخصصات الجراحة.
 - الأجهزة: استخدام الأجهزة الآلية فى مقابل اليدوية، وتلك المخصصة لاستخدام معين فى مقابل الأجهزة المتعددة الاستخدامات، وإمكان إضافة تقنيات جديدة.
 - التوظيف Staffing: التوظيف على أساس وقت الدوام الكامل فى مقابل التوظيف على أساس الدوام الجزئى والعدد الأقصى للأشخاص فى الوردية أو النوبة الرئيسية، التى تؤثر بدورها على عدد وحدات العمل المطلوبة.
 - عبء العمل Workload: مزيج عدد حالات التنويم (بسيطة - متوسطة - معقدة) وعدد الزيارات للعيادات الخارجية، ومزيج الإجراءات، وبروتوكولات الإجراءات السريرية، وغيرها.
 - المنافسة Competition التى تؤثر على حجم الخدمات ونطاق أو حجم العمل المقدم؛ فزيادة المرافق الجديدة المنافسة وفعالية برامج التسويق قد تؤثر إما على زيادة الطلب على الخدمات أو نقصها.
 - هذا، وإذا كان الطلب كبيراً على العيادات الخارجية كان من الواجب أن يكون مبنى هذه العيادات منفصلاً عن أقسام العناية الداخلية.

هوامش الفصل الثاني

- ١- محمد عبيدو، **مدخل إلى التخطيط الاقتصادي الصحي** (دمشق: وزارة الثقافة، ١٩٩٣)، ص ٢٨ - ٢٩.
- ٢- خالد بن سعيد، **أساسيات التخطيط في المنشآت الصحية**، الطبعة الأولى (الرياض: مطابع الفرزدق التجارية، ١٩٩٣)، ص ٩.
- ٣- المصدر السابق، ص ٩.
- ٤- للتوسع حول هذا الموضوع، انظر: جميل عبد الله الجشي، **التقنية الإدارية في مشاريع التنمية الإنشائية**، الطبعة الأولى (جدة: تهامة للنشر، ١٩٨٧م)، ص ٢٥ - ٢٦.
- ٥- المصدر السابق، ص ٣١.
- ٦- James E. Hosking, "Planning Health Care Facilities", **Health Care Administration: Principles, Practices, Structure, and Delivery**, 2nd ed., Edited by: Lawrence F. Wolper (Gaithersburg, Maryland: Aspen Publishers, Inc., (1995), p. 364.
- ٧- للتوسع حول تحليل الأوضاع الراهنة للحالة الصحية يمكن الرجوع إلى: حسان حرساني ونبيل منصور، "التخطيط الصحي كمدخل لمعالجة التنسيق بين الأجهزة الحكومية"، ندوة تنسيق الخدمات الصحية المنعقدة بمعهد الإدارة العامة في الفترة من ٤-٧ ربيع الثاني ١٤٠٤هـ، ص ١٧٠ - ١٧٨.
- ٨- لمزيد من التفصيل حول تحليل الأوضاع الصحية الراهنة لمنطقة الخدمة أيضاً انظر: James Rohrer and Daniel Domingues, "Determinants of Successful Community Health System Planning" **Journal of Healthcare Management**, Vol.43, No. 2, March/April 1998, pp. 156 - 165.
- ٩- حسان حرساني، **إدارة المستشفيات** (الرياض: معهد الإدارة العامة، ١٩٩٠)، ص ٧٥ - ٧٦.
- ١٠- وديع كامل، **المرشد في إدارة المستشفيات مع أمثلة من العالم العربي** (عمان: منشورات المنظمة العربية للعلوم الإدارية)، ص ٥١ - ٥٢.

- ١١- للتوسع حول ذلك، انظر:
Robert Douglass, "Facilities Planning and Construction", **The AU-
PHA Manual of Health Services Management**, Edited by Robert
Taylor and Susan Taylor (Gaithersburg, Maryland: Aspen Publish-
ers, Inc., 1994), p p. 438-442.
- James E. Hosking , **op.cit.**, p. 364. -١٢
- Ibid., pp. 372- 374. -١٣
- Robert Douglass, **op.cit.**, p. 447. -١٤
- ١٥- حسان حريستاني، إدارة المستشفيات، مصدر سابق ورد ذكره، ص ص ٧٣ -٧٤.
- James E. Hosking, **op.cit.**, p. 375. -١٦
- Ibid., p.375. -١٧
- Ibid., pp.375 - 378. -١٨
- ١٩- لمزيد من التفصيل حول واجبات المهندس المعماري انظر:
وديع كامل، مصدر سابق ورد ذكره، ص ص ٥٧ - ٦٠.
- ٢٠- لمزيد من التفصيل حول مختلف أساليب التعاقد لتصميم وإنشاء المشروع، انظر:
Robert Douglass, "Facilities Planning and Construction", **op.cit.**, p p.
454-457.
- ٢١- وكذلك انظر:
- James E. Hosking, **op.cit.**, pp. 379-380.
- ٢٢- وللتوسع أيضاً انظر إلى:
- جميل عبد الله الجشي، مصدر سابق ورد ذكره، ص ص ٩١ -١٢٨.
- James E. Hosking, **op.cit.**, pp. 364-367. -٢٣
- American Hospital Association, Health Care Facility Planning and -٢٤
Construction (New York: Van Nostrand Reinhold, 1989).
- Robert Douglass, **op.cit.**, pp. 438-463. -٢٥
- ٢٦- حسان حريستاني، مصدر سابق ورد ذكره، ص ٨٣.
- ٢٧- وديع كامل، مصدر سابق ورد ذكره، ص ص ٥٣ - ٥٤.
- ٢٨- مؤسسة الأمير سلطان بن عبد العزيز آل سعود الخيرية، مشروع مدينة سلطان بن
العزيز للخدمات الإنسانية، غير منشور، ١٩٩٤.

- James E. Hosking, **op.cit.**, pp. 364,366. -٢٩
- ٣٠- حسان حريستاني، **مصدر سابق ورد ذكره**، ص ص ٨٤ - ٨٨.
- James E. Hosking, **ibid.**, pp. 364-366. -٣١
- 32- Robert Douglass, **op.cit.**, pp. 442-448. -٣٢
- 33- James E. Hosking, **ibid.**, pp. 366-367. -٣٣
- 34- **Ibid.**, pp.366-367. -٣٤
- 35- **Ibid.**, p.367. -٣٥
- 36- **Ibid.**, p.367. -٣٦
- 37- **Ibid.**, pp.367-368. -٣٧
- 38-Robert Douglass , **op.cit.** , pp. 450-463. -٣٨
- ٣٩- وديع كامل، **مصدر سابق ورد ذكره**، ص ٦١.
- ٤٠- حسان حريستاني، **مصدر سابق ورد ذكره**، ص ٩٠.
- ٤٢- **المصدر السابق**، ص ص ٩٠ - ٩١.
- James E. Hosking, **op.cit.**, pp. 368-369.
- ٤٣- تم الاسترشاد في هذا الخصوص بما ورد من ملاحظات مهمة متفرقة في مشروع كتاب مدينة سلطان بن العزيز للخدمات الإنسانية، **مصدر سابق ورد ذكره**.
- ٤٤- **المصدر السابق**.
- James E. Hosking, **op.cit.**, pp. 368-369. -٤٥
- ٤٦- لمزيد من التفصيل حول المعايير التفصيلية الخاصة بكل قسم من أقسام ووحدات المرفق الصحي، انظر:
- The American Institute of Architects, **Guidelines for Construction and Equipment of Hospital and Medical Facilities** (Washington, D.C.: The American Institute of Architects Press, 1987).
- ٤٧- لمزيد من التفصيل حول هذا الموضوع، انظر:
- Kurt Bretthauer and Murray Cote, A Model for Planning Resource Requirements in Health Care Organizations, **Decision Sciences Journal**, Vol. 29, No. 1, Winter 1998, pp. 243-266.

مراجع الفصل الثاني

أولاً- المراجع العربية:

- ١- جميل عبد الله الجشي، **التقنية الإدارية في مشاريع التنمية الإنشائية**، الطبعة الأولى (جدة: تهامة للنشر، ١٩٨٧م).
- ٢- حسان حرسثاني، **إدارة المستشفيات** (الرياض: معهد الإدارة العامة، ١٩٩٠).
- ٣- حسان حرسثاني ونبيل منصور، " **التخطيط الصحي كمدخل لمعالجة التنسيق بين الأجهزة الحكومية** "، ندوة تنسيق الخدمات الصحية المنعقدة بمعهد الإدارة العامة في الفترة من ٤-٧ ربيع الثاني ١٤٠٤هـ.
- ٤- خالد بن سعيد، **أساسيات التخطيط في المنشآت الصحية**، الطبعة الأولى (الرياض: مطابع الفرزدق التجارية، ١٩٩٣).
- ٥- محمد عبيدو، **مدخل إلى التخطيط الاقتصادي الصحي** (دمشق: وزارة الثقافة، ١٩٩٣).
- ٦- مؤسسة الأمير سلطان بن عبد العزيز آل سعود الخيرية، **مشروع مدينة سلطان بن العزيز للخدمات الإنسانية بمدينة الرياض**، غير منشور، ١٩٩٤م.
- ٧- وديع كامل، **المرشد في إدارة المستشفيات مع أمثلة من العالم العربي** (عمان: منشورات المنظمة العربية للعلوم الإدارية).

ثانياً - المراجع الأجنبية:

- 1- **American Hospital Association, Health Care Facility Planning and Construction** (New York: Van Nostrand Reinhold, 1989).
- 2- **The American Institute of Architects, Guidelines for Construction and Equipment of Hospital and Medical Facilities** (Washington, D.C.: The American Institute of Architects Press, 1987).
- 3- Kurt Bretthauer and Murray Cote, **A Model for Planning Resource Requirements in Health Care Organizations**, **Decision Sciences Journal**, Vol. 29, No. 1, Winter 1998.

- 4- James E. Hosking, "Planning Health Care Facilities", **Health Care Administration: Principles, Practices, Structure, and Delivery**, 2nd ed., Edited by: Lawrence F. Wolper (Gaithersburg, Maryland: Aspen Publishers, Inc., 1995).
- 5- James Rohrer and Daniel Domingues, "Determinants of Successful Community Health System Planning" **Journal of Healthcare Management**, Vol.43, No. 2, March/April 1998.
- 6- Robert Douglass, "Facilities Planning and Construction", **The AUPHA Manual of Health Services Management**, Edited by Robert Taylor and Susan Taylor (Gaithersburg, Maryland: Aspen Publishers, Inc., 1994).

الفصل الثالث

تنظيم منظمات الرعاية الصحية

Organizing Health Care Organizations

تواجه منظمات الرعاية الصحية تحديات كبيرة تحول دون تحقيق أهدافها بكفاءة وفعالية عاليتين. ويمكن تصنيف هذه التحديات فى تحديات داخلية، وأخرى خارجية. وتتمثل الأولى، بصفة رئيسية، فى درجة التعقيد التقنى فى طبيعة خدماتها الطبية المقدمة من قبل متخصصين على مستوى عال من الكفاءة، يصعب إدارتهم بسبب استقلالهم المهنى فى اتخاذ قراراتهم، وضرورة الحد من تكاليف الرعاية التى تعمل على تقديمها، مع وجوب محافظتها على مستويات عالية من الجودة. فى حين تتمثل تحدياتها الخارجية فى مدى مواكبتها للتطورات العلمية والتقنية فى حقل الرعاية الصحية، ومواجهتها للضغوط المتنامية عليها، سواء من قبل الجهات المشرفة عليها أو الممولة لها، أو التى ترأب أداها، تمهيداً لاعتماد خدماتها، وذلك بهدف تقديمها لخدمات متميزة، تستطيع منافسة نظيراتها من المنظمات بكفاءة واقتدار.

ومن هنا تبرز أهمية تنظيم منظمات الرعاية الصحية وتصميمها على أسس تستجيب لهذه التحديات من جهة، وتراعى تنفيذ الخطط المرسومة لها على أكمل وجه من جهة أخرى. وسوف نعرض فى هذا الفصل بشىء من التفصيل لمفهوم التنظيم والتصميم التنظيمى، وأهمية تنظيم منظمات الرعاية الصحية، وأنواعها، ومفاهيم وخطوات تنظيمها وتصميمها، وذلك على النحو التالى:

أولاً - مفهوم التنظيم والتصميم التنظيمى:

تناول كتاب الإدارة تعريف التنظيم بطرق شتى، منها ما يدور حول التنظيم وظيفاً إدارية، ومنها ما يدور حول عملية تصميم البناء أو الهيكل التنظيمى للمنظمة - Organizational Structure، ومنها ما يدور حول الاثنين معاً. ولعل هذا السبب هو وراء التعريفات المتعددة للتنظيم. إلا أن القاسم المشترك بينها هو: وجود هدف أو أهداف محددة، تسعى المنظمة إلى تحقيقها، من خلال مجموعة من الأشخاص، تجمع بينهم علاقة تعاون واضحة، ويضطلعون بمسؤوليات وصلاحيات معينة.

ومن الكتاب الذين تناولوا تعريف التنظيم وظيفاً إدارية كل من "كونتز وأودونل Koontz and Odonnel" حيث عرفاه بأنه "تجميع أوجه النشاط الضرورية لإنجاز الأهداف العامة والخطط فى وحدات تنظيمية مناسبة، وضمان تفويض السلطة لهذه الوحدات والتسيق بينها"^(١). ويكاد هذا التعريف يكون متطابقاً مع تعريف كل من "هودجيتس وكاسيو Hodgetts and Casio"، وسهام حجازى، وحسان حريستانى. حيث

عرفه الأولان بأنه " العملية التي يتم بموجبها توزيع الواجبات على العاملين والتنسيق بين مجهوداتهم على نحو يضمن تحقيق أقصى كفاية ممكنة لبلوغ الأهداف المحددة مسبقاً" (٢). أما " حجازي " فقد عرفته بأنه " النشاط الإداري الذي يتناول الأعمال التي يتطلبها تحقيق الأهداف بالتجميع والتقسيم إلى وحدات إدارية، ثم تحديد سلطات ومسؤوليات كل منها، وإنشاء خطوط السلطة، وقنوات الاتصال التي تربط بينها" (٣). في حين عرفه " حريستاني " بأنه " العملية التي يتم بها تحديد المهام والواجبات المنوطة بالوحدات التنظيمية - التي تستدعيها طبيعة العمل - وتوزيعها على العاملين والتنسيق بينهم، فضلاً عن تحديد السلطة والمسؤولية بين مختلف هذه الوحدات، بالشكل الذي يكفل تنفيذ خططها بالكفاءة والكفاية القصوى وبالتالي تحقيق أهدافها" (٤).

وبالنسبة لتصميم البناء أو الهيكل التنظيمي فقد عرفه " بيكر وآخرون Baker et al " بأنه وضع الترتيبات والعلاقات اللازمة بين الأفراد العاملين في المنظمة، وجماعات العمل فيها، وأقسامها، وإداراتها، من خلال مراعاة عدد من المبادئ التنظيمية مثل: تناسب علاقات السلطة - المسؤولية، وتجميع أنشطة العمل في أقسام، والوصف الوظيفي، وإيجاد آليات التنسيق والاتصال والمعلومات ووسائل الرقابة المناسبة (٥).

ثانياً - أهمية تنظيم منظمات الرعاية الصحية:

نشأت عملية التنظيم بصفة رئيسية من حاجة الناس إلى التعاون فيما بينهم لإنجاز بعض المهام التي لا يستطيعون أن يقوموا بها بمفردهم. وتعد الحاجة إلى هذا التعاون واضحة وجلية في منظمات الرعاية الصحية، نظراً لارتفاع درجة تعقيد العمل المؤدى فيها، وتشعبه، وتنوع تخصصاتها الطبية والفنية والمساعدة بالقياس إلى المنظمات الأخرى. ويضاف إلى ذلك أن هناك نطاقاً واسعاً من العمل المنجز على مستويات مهارة متعددة، حتى ضمن الوحدة التنظيمية الواحدة التابعة لمنظمة الرعاية الصحية، كوحدات المختبر والأشعة والعلاج الطبيعي والتمريض، حيث يعد تنظيم أعمالها أمراً حيوياً لضمان فعالية وكفاءة أدائها على الوجه المطلوب (٦).

ومما لا شك فيه أن المديرين في جميع المستويات التنظيمية في منظمات الرعاية الصحية يشتركون في وظيفة التنظيم. وقد أشار " مينتسبرغ Mintzberg " (٧)، في هذا الصدد إلى أن تصميم المنظمات يبدأ من تحديد وظائف الأفراد، التي تشكل اللبنة الرئيسية لمجموعات العمل، ومن ثم تصميم تجمعات مجموعات العمل، وصولاً إلى التصميم الشامل للمنظمات، وشبكاتها المتكاملة (الشكل رقم ١).

ويقول "مينتسبرغ" بأن كبار المديرين يعنون عادة عناية أكبر بالجوانب العريضة للتنظيم مثل علاقات السلطة والمسؤولية، والتقسيم على أساس الوحدات Departmentation، وعناصر التنسيق. في حين يهتم مديرو منظمات الرعاية الصحية بصورة رئيسية في مستوى الإدارة العليا بدرجة فعالية البناء التنظيمي لمقابلة أهداف منظماتهم. أما المديرون في مستوى الإدارة الوسطى فإنهم يعنون بتنظيم مجموعات العمل وتنظيم تجمعات مجموعات العمل. أما المديرون المباشرون فيهتمون بتنظيم الوقائع الوظيفية للأفراد، من ناحية تصميم مهامهم الوظيفية، وحسن سير العمل في الوحدات التي يعملون بها، ولأساليب وإجراءات العمل فيها.

الشكل رقم (١)

مستويات التصميم التنظيمي في منظمات الرعاية الصحية*



*Jonathon Rakich et.al., Managing Health Services Organizations, 3rd ed. (Baltimore, Maryland: Health Professions Press, 1992), p. 207.

وضمن وظيفة التنظيم يقوم المديرون ببناء التنظيم الرسمي الذي يدور حول الهيكل أو البناء التنظيمي Structure الذي يتم إقراره من قبل كبار المديرين ومجلس أمناء منظمة الرعاية الصحية. ويصاحب وجود التنظيم الرسمي عادة التنظيم غير الرسمي Informal Organization. وهذا موجود لأن الناس يعملون معاً؛ ودائماً تنشأ علاقات وتتفاعل خارج إطار التنظيم الرسمي.

وهكذا، تتميز كل منظمة للرعاية الصحية بهيكل تنظيمي رسمي يتم تطويره من قبل الإدارة، وهيكل تنظيمي آخر غير رسمي يعكس الرغبات والأمنيات والأفضليات لدى الموظفين. وسوف نتعرض في هذا الفصل لاحقاً لمفاهيم التنظيم غير الرسمي.

إلا أننا نود هنا أن نشير إلى أن البناء أو الهيكل التنظيمي يتناول الترتيبات الرسمية التي يتم تصميمها مثل: علاقات السلطة - المسؤولية، وتجميع أنشطة العمل في أقسام، والتنسيق والاتصال والمعلومات وآليات الرقابة.

كما يتناول مبدأ التخصيص في العمل "Work Specialization" من حيث: تصميم العمل، وعملياته، وأساليبه وإجراءاته، وحسن سيره، والإمدادات، والمواد التي يحتاج إليها. ويتطرق هذا المبدأ، أيضاً، للخصائص التكنولوجية للمكان التنظيمي، شاملاً الأجهزة، وعلاقات الأفراد بالآليات، وإلى حد ما، المعلومات والمعارف المستخدمة من قبل الإدارة والموظفين الآخرين في إنجازاتهم لواجباتهم ومهامهم.

والناس يشكلون الجانب الإنساني في منظمات الرعاية الصحية. وهم الذين ينجزون العمل، ومن خلالهم فحسب ينشأ هذا العمل. وينجز المديرون نشاط العمل من خلال الناس عن طريق التكامل بين كل من البناء التنظيمي والمهام والتقنيات والناس^(٨).

ويعد تصميم التنظيم فعالاً إذا كان يسهل تحقيق أهداف منظمات الرعاية الصحية، ويكون ذا كفاية Efficient إذا تم تحقيق الأهداف باستخدام أقل قدر من الموارد^(٩).

ولا غرو أن المديرين في منظمات الرعاية الصحية الفعالة يخرطون في وظيفة التنظيم باستمرار. وهناك من يعتقد أو يفترض افتراضاً غير صحيح إذ يقول إن تصميم التنظيم هو شيء يفعله المديرون مرة واحدة، عند إنشاء المنظمة، ومن بعدها يعيرون اهتمامهم شيئاً آخر. وفي الحقيقة يعد التنظيم عملية مستمرة، ولا يقتصر على التصميم الأولى، بل يشمل عملية إعادة التصميم الروتيني للمنظمة^(١٠).

وقد وضع كل من "ليت، وبيغي، وشورتل، وكمبرلي Leatt, Peggy Shortell, Kim-berly" قائمة بالظروف التي يلمس فيها مديرو منظمات الرعاية الصحية ضرورة إحداث تغييرات بهدف إعادة تصميم التنظيم^(١١):

- عندما تواجه المنظمة مشكلات خطيرة في الأداء. تعرض مؤشرات الأداء غير المناسب على المدير من قبل المرضى الخارجيين، أو قد تكون هذه نتيجة لمؤشرات المراجعة الداخلية، مثل: القوائم المالية، وأعمال المراجعات السريرية. وهذه المشكلات قد يتم

- تحديدها في مستويات مختلفة ضمن التنظيم، سواء على مستوى القسم، أو على مستوى مجموعة من الأقسام، أو في المنظمة ككل.
- عندما يكون هناك تغيير في البيئة يؤثر هذا تأثيراً مباشراً في السياسات الداخلية. ففي بعض الظروف قد تكون هناك تغييرات جوهرية في الظروف الاقتصادية أو الاجتماعية، مثل فرض رسوم على الخدمات الصحية التي يتلقاها مجتمع معين، أو اعتماد برامج وخطط تأمينية معينة. وهذه التغييرات قد تتطلب إعادة تصميم التنظيم وإعادة التركيز على مجموعات تنظيمية معينة.
- عندما يتم استهداف برامج أو خدمات جديدة من قبل المنظمة، فإن ذلك يستدعي إنشاء وحدات تنظيمية جديدة، وقد يلغى من ثم الوحدات التنظيمية التي قد لا تستدعيها طبيعة العمل بسبب إدخال تقنيات جديدة.
- عندما يكون هناك تغيير في أسلوب القيادة الإدارية. فالقيادة الإدارية الجديدة قد توفر فرصاً مهمة لإعادة التفكير بالطريقة التي صُمِّم على أساسها التنظيم. وقد تميل إلى النظر إلى التنظيم من منظور مختلف، كما أنها قد تجلب معها أفكاراً مبدعة لإعادة التنظيم.

ثالثاً - المفاهيم الرئيسية لتنظيم منظمات الرعاية الصحية:

هناك عدد من مفاهيم تصميم التنظيم التي ترشد إلى البناء التنظيمي الرسمي لمنظمات الرعاية الصحية. وقد سبق أن تم وضع هذه المفاهيم من قبل مجموعة من الباحثين في الإدارة العامة عملوا في بداية القرن العشرين. ويعد " هنري فايول Henri Fayol"، الصناعي الفرنسي، و"ماكس فيبر Max Weber" الاجتماعي الألماني من أهم هؤلاء الباحثين. إذ كانت كتاباتهما وكتابات زملاء لهما في تلك الفترة أمثال " لوثر جوليك وليندال وأورويك وجيمس مونى وآلان ريلي, Lyndall Urwick, Luther Gulick, James Mooney, and Alan Reiley" ما سمي بمفاهيم تصميم التنظيم التقليدية التي ما زالت مناسبة لتشكيل المنظمات الحديثة، بما فيها منظمات الرعاية الصحية^(١٢، ١٣).

ومن أهم المفاهيم التقليدية الرئيسية التي تهتم المديرين عادة عند تصميم التنظيم: تقسيم العمل، والعلاقة بين السلطة والمسؤولية، والتقسيم على أساس الوحدات، ونطاق الإشراف، والتنسيق. وفيما يلي عرض لذلك:

١- تقسيم العمل Division of Work:

يفسح تقسيم العمل أو توزيعه على أساس التخصص Specialization of Work لأعمال محددة بأنشطة معينة، لكي يكون أداء الموظفين أكثر فعالية. ذلك أن تقسيم العمل فيما يرى الباحثون التقليديون أمثال "آدم سميث Adam Smith" يوفر مزايا اقتصادية لها شأنها، إذ يعزز مستوى إتقان المستخدم وبراعته في إنجاز عمله الدقيق. فكل عضو في المنظمة يستطيع أن ينجز عملاً متخصصاً ومحدداً ويصبح بارعاً فيه. ومن ثم يصبح الموظفون متميزين، لأنهم سوف يساهمون بأداء أعمال متميزة على مستوى عالٍ^(١٤).

كما أن المنظمات، سوف تشجع من خلال تقسيم العمل، أيضاً، توزيع العمل على أساس التخصص، الذي يركز على تجميع الأنشطة على أساس الوظائف حسب التخصصات المهنية في عدد الوحدات التنظيمية. ويحقق تقسيم العمل العديد من المزايا الأخرى مثل: زيادة قدرة منظمة الرعاية الصحية على اختيار الموظفين وتدريبهم على إنجاز العمل، مما يؤدي إلى الارتقاء بفعالية الوظائف التي يؤدونها بالكفاءة المطلوبة^(١٥).

وعلى الرغم من مزايا تقسيم العمل أو توزيع العمل على أساس التخصص كما ذكرنا آنفاً، ينبغي النظر بعين الاعتبار إلى احتمال حدوث نتائج سلبية لسوء التقسيم. ففي حالات معينة قد يؤدي اختلال الوظيفة نتيجة سوء تقسيم العمل إلى التضخم الوظيفي Job Enlargement أو الإثراء الوظيفي Job Enrichment، مما يستدعي أن يطبق هذا المفهوم بحذر وعناية فائقتين^(١٦).

٢- علاقات السلطة والمسؤولية Authority and Responsibility Relationships:

هذا المفهوم لا يقل أهمية عن سابقه في تصميم التنظيم من حيث إنشاء العلاقات المناسبة بين السلطة والمسؤولية تجاه أداء العمل. ويمكن تمثيل السلطة بالنفوذ المستمد من الموقع الوظيفي للمرء في التنظيم. ويطلق عليها في بعض الأحيان بالنفوذ الشرعي من حيث القدرة على التأثير في الآخرين لتنفيذ الأوامر، أو من أجل فعل شيء ما لم يكونوا ليفعلوه من دون هذه السلطة^(١٧). أما المسؤولية فهي تعهد أو التزام شاغل الوظيفة بأداء بعض الوظائف أو الواجبات ومساءلته عن نتائج هذا الأداء^(١٨). فبمجرد إسناد مجموعة من الواجبات إلى موظف ما ليقوم بها، يصبح مسؤولاً عنها ويحاسب عليها، إذا لم يؤديها على الوجه المطلوب^(١٩). وتعد المسؤولية، مثل السلطة، مستمدة من الموقع الوظيفي للموظف في تنظيمه، لكنها لا تفوض لعدم جواز تخلي الموظف عن واجباته.

ومن أهم المفاهيم المرتبطة بالسلطة ظاهرة تدرج السلطة Scalar Process، التي يتم بموجبها تدرج مستويات السلطة والمسؤولية في المنظمات من المستويات الإدارية العليا إلى المستويات الأدنى.

فعلى سبيل المثال، تعد سلطة رئيس منظمة الرعاية الصحية ومسؤوليته مختلفة عن كل من نائب الرئيس، ورؤساء الأقسام، والموظفين الآخرين. فالتطبيقات العمودية في التنظيم هي الدليل الواضح على ظاهرة تدرج السلطة والمسؤولية. ومن المبادئ الإدارية أن يعطى الموظفون من السلطة على قدر ما يحملون من المسؤولية تجاه واجباتهم المكلفين بها. وهذا ما يسمى بمبدأ تناسب السلطة مع المسؤولية. والنظرة المعاصرة للسلطة والمسؤولية في منظمات الرعاية الصحية تفيد أنهما ما زالا مفهوميين رئيسيين وأن لهما تأثيراً كبيراً في تصميم التنظيم.

هذا، وقد ميز الباحثون التقليديون شكلين من أشكال علاقات السلطة هما: السلطة التنفيذية Line Authority والسلطة الاستشارية Staff Authority. وتعكس الأولى العلاقة التنفيذية Line Relationship التي يمارس فيها الرئيس سلطة مباشرة على الموظف التابع له، ويطلق على هذا النوع من السلطة أيضاً سلطة الأمر Command Authority، ويتم تمثيلها بواسطة سلطة إصدار الأوامر في المنظمة.

أما النوع الثانى من السلطة فهو الذى يأتى على شكل المشورة التى يتقدم بها المستشار القانونى لرئيس منظمة الرعاية الصحية مثلاً. ولذلك جاز تسميتها بالسلطة الاستشارية. ويرى "حريستانى" أنه "على الرغم من عدم وجود سلطة للاستشارة من الناحية العملية لافتقادها لعنصر تعريف السلطة الذى يتمثل فى حق إصدار الأمر، ووجوب طاعته وتنفيذه، غير أن احتياج المديرين التنفيذيين للنصح والمشورة والمعلومة قد يعطيها نوعاً من السلطة ولو تجاوزاً" (٢٠).

ومن الجدير بالذكر، أن الباحثين التقليديين الأول كان يساورهم بعض القلق أو الهواجس حيال مفهوم السلطة في المنظمات. فقد كانت وجهة نظرهم أن السلطة هي "بمثابة الصمغ الذى يشد المنظمة بعضها إلى بعض" (٢١). وكانوا يعتقدون إضافة إلى ذلك، أن الصلاحيات المنوطة بالوظيفة هي أهم مصادر السلطة أو النفوذ في المنظمة. ولذلك فقد ركزوا جلاً اهتمامهم حول مراعاة عدد من المفاهيم ذات الصلة بالسلطة عند تصميم التنظيم من أهمها: القوة أو السلطان أو النفوذ، وقوة الخبرة، وقوة المرجعية، والتفويض. وفيما يلي عرض موجز حول كل من هذه المفاهيم (٢٢):

القوة أو السلطان أو النفوذ Power: هناك مصادر متعددة للسلطان أو النفوذ في منظمات الرعاية الصحية. ومن أهم مصادر القوة المرتبطة بالصفات القيادية لمدير ما: الصفة الشرعية للقوة، وصفة المكافأة، وصفة القمع أو الإكراه، وصفة الخبرة أو المشورة، وصفة المرجعية أو الألية. ويستمد المدير الصفات الثلاث الأولى من وظيفته الرسمية.

ويطلق على القوة المستمدة من الوظيفة في المنظمة بالقوة الشرعية Legitimate Power. ويبقى هذا النمط من السلطة الرسمية محصوراً عادة في المديرين، ويرجع وجوده إلى أن المنظمات تجد في ذلك مزية في تعيينها أو تخصيصها للأفراد، وذلك لتمكينهم من أداء وظائفهم أو أعمالهم بفعالية. كما أن المديرين يتمتعون أيضاً بقوة المكافأة Reward Power، التي تركز على قدرتهم على مكافأة السلوك المرغوب، والتي تكون مستمدة من القوة الشرعية الممنوحة للمديرين. وبسبب مواقعهم الوظيفية فإنهم يسيطرون على المكافآت مثل الزيادة على الراتب، والترقيات، وجدول الدوام، وهذا ما يدعم قوتهم الشرعية. وللمديرين أيضاً قوة القمع بسبب موقعهم الوظيفي. وهي عكس قوة المكافأة إذ تركز على عقاب أو منع شخص ما من الحصول على المكافآت المرغوبة.

قوة الخبرة أو المشورة Expert Power: وهي مستمدة من المعرفة الواسعة والخبرة التي يمتلكها الشخص في مجال تخصصي معين، والتي تعد ذات قيمة بالنسبة للمنظمة. وكما هو الحال في منظمات الرعاية الصحية التي يتسم العمل بها بالتخصص الفني الدقيق، فإن قوة الخبرة هي وحدها التي تجعل الأشخاص أقوى. فالأطباء والممارسون السريريون (الإكلينيكيون) الآخرون يستمدون قوتهم من معارفهم ومهاراتهم السريرية. كما أن الأطباء ذوي الخبرة النادرة، مثل جراحي زراعة الأعضاء، يتمتعون من سلطة الخبرة بقدر أكبر مما يتمتع به الأطباء الذين يمكن أن يحل محلهم أطباء آخرون بسهولة.

قوة المرجعية أو الألية Referent Power: وهي القوة المستمدة من الشخصية الفردية التي تحدث نتيجة علاقات شخصية، أو تولد الإعجاب بها والولاء لها، مما يعطيها صفة التأثير على الآخرين. وهذا النوع من القوة أو السلطة كثيراً ما يطلق عليه اسم القوة الساحرة Charismatic Power. ولا ريب في أنها لا تقتصر على المديرين.

التفويض Delegation: ومن أوجه التطور المعاصر والمهم لمفهوم السلطة والمسؤولية ما يتعلق بتفويض السلطة الإدارية بهدف إنجاز الأعمال الإدارية بفعالية وكفاءة. ويعرف من الناحية القانونية " بأن يعهد موظف بمقتضى قرار ببعض اختصاصاته لموظف آخر، أو أن يوكل جزءاً من اختصاصات جهة إدارية إلى جهة أخرى أدنى منها"^(٢٣). ويرى

"رسلان" أن التفويض الإداري يختلف عن التفويض التشريعي، لأن التفويض التشريعي يكون بتفويض الاختصاصات التشريعية، أما التفويض الإداري فيكون بتفويض الاختصاصات الإدارية^(٢٤).

وبدون استثناء يتفق الباحثون التقليديون حول ضرورة أن يتم إعطاء صلاحية اتخاذ القرار إلى المستويات الأدنى في التنظيم، ولا سيما في الأمور المتعلقة باتخاذ القرارات الخاصة بالأمور النمطية (الروتينية). ويعد التفويض اليوم أو حالياً جزءاً متكاملًا من السؤال المتعلق بالكيفية التي ينبغي أن يكون عليها اتخاذ القرار من حيث مركزيته أو لا مركزيته. وتعد اللا مركزية في اتخاذ القرار قريبة من مفهوم التفويض.

وضمن هذا السياق، نود أن نشير إلى الاختلاف بين مفهوم تفويض السلطة الإدارية وأسلوب التنظيم الإداري الذي تعتمده إدارة منظمة الرعاية الصحية عند تصميمها للتنظيم من حيث مركزية السلطة فيه أو لا مركزيتها، أو بمعنى أدق من حيث السؤال المتعلق بمدى تركيز صلاحية اتخاذ القرارات في مواقع وظيفية قليلة في قمة الهرم الإداري بمنظمة الرعاية الصحية، أم بتوزيع أو نشر اتخاذ القرارات على عدد من المواقع الوظيفية في المستويات الإدارية المختلفة فيها. ولكل من هذين الأسلوبين مزاياه ومثالبه بالطبع. ويعتقد "حريستاني" في هذا المجال أنه لا يوجد في الواقع العملي تنظيمات مركزية محضة أو لا مركزية خالصة، إذ إن درجة تركيز صلاحية اتخاذ القرارات أو توزيعها تعتمد على المزايا التي تتحقق بتطبيق أحد هذين الأسلوبين^(٢٥).

ومن هنا نستخلص أن تفويض السلطة ينشأ عادة علاجاً لأسلوب التنظيم الإداري المعتمد على مركزية السلطة. ويرى "حريستاني" في ذلك أن التفويض "يكون غالباً متأرجحاً بين المركزية واللامركزية، فإن قلت درجة تفويض الرؤساء للمرعوسين لحق صلاحية اتخاذ القرار، كان التفويض أقرب إلى المركزية، وإن ازدادت درجته كان أقرب إلى اللامركزية"^(٢٦).

٣- التقسيم على أساس الوحدات Departmentalization:

يرتكز مفهوم التقسيم على أساس الوحدات على مبدأ تقسيم العمل المطلوب إنجازه، وتنسيق هذا العمل المقسم. وقد رأى الباحثون التقليديون في العلاقة بين العمل المقسم والحاجة إلى تنسيق العمل لاحقاً ضرورة لازمة، لكي يحقق التصميم التنظيمي النتائج المرجوة منه^(٢٧).

ويعتمد مفهوم التقسيم على أساس الوحدات على وضع مجموعة أو مجموعات من الوظائف تحت سلطة مدير واحد، وذلك حسب أساس منطقي معين، يتم بموجبه تجميع مجموعة العاملين المتشابهين في التخصص في مجموعات عمل معينة، بحيث يتم تجميعها في وحدات، ثم يتم تجميع هذه الوحدات في أقسام، والأقسام في إدارات وهكذا، حتى نصل إلى مستوى الإدارة العليا^(٢٨).

وقد ذكر كل من "جوليك وأرويك" Gulick and Urwick أربعة اعتبارات لتقسيم العمل على أساس الوحدات تتعلق بكل من: الغرض، والعملية، والأفراد والأشياء، والمكان. وقد زادها "مينتسبرج" Mintzberg إلى ستة اعتبارات لتجميع العاملين في وحدات، والوحدات في وحدات أكبر^(٢٩):

- المعارف والمهارات: يتم تجميع العاملين حسب المعارف والمهارات التخصصية. فالمستشفيات مثلاً تضم مجموعة أطباء النساء والولادة في قسم واحد، وأطباء الأطفال في قسم منفصل، والجراحين في قسم آخر، وهكذا.
- عملية العمل والوظيفة Work Process and Function: يتم تجميع العاملين حسب العمليات والوظائف المنجزة لتخصص ما في وحدة تنظيمية معينة. فقد تنشأ وحدة تنظيمية لأداء مهمة شؤون الموظفين، وأخرى لأداء شؤون إدارة المواد في منظمة الرعاية الصحية.
- الوقت: يتم تنظيم العاملين حسب أوقات العمل. فالمستشفيات وبعض منظمات الرعاية الصحية التي تعمل على مدار الساعة يتم تنظيم أوقات عمل بعض العاملين فيها في الوردية الصباحية، والبعض الآخر في الوردية المسائية، وآخرين في الوردية الليلية.
- المخرجات Output: يتم تنظيم العاملين حسب خطوط خدماتها. فالكثير من منظمات الرعاية الصحية ينظم العاملين فيه حسب خدماته المقدمة، مثل: خدمات التنويم، أو خدمات العيادات الخارجية، أو خدمات الطوارئ.
- المستفيد Client: يتم تنظيم العاملين حسب المرضى الذين يتم تقديم الخدمة لهم. فمن الشائع في بعض منظمات الرعاية الصحية أن توجد مجموعات عمل على أساس أعمار وأجناس المرضى. ومن أمثلة ذلك برامج الرعاية الصحية الخاصة بالشيخوخة والأمومة والرعاية المنزلية.
- المكان: يتم تنظيم العاملين حسب الموقع المكاني. فقد يشغل المستشفى عيادات خارجية في أماكن متعددة في البلدة وفي بعض الضواحي.
- وقد تستخدم منظمة رعاية صحية ما جميع الأسس السابقة لتنظيم العاملين وذلك من أجل تصميم تنظيم فعال.

- وقد رأى " مينتسبرج " أيضاً أن تجميع المهام المشتركة أو تقسيم العمل له أربعة مضامين مهمة للعاملين ولنظمتهم (٣٠، ٣١):
- أنه يسهل وضعها تحت إشراف مشترك. فتمتى تم تنظيم العاملين تحت الإشراف المشترك، بات من الممكن تعيين مدير لتنسيق عملهم والرقابة عليهم.
- أنه يسهل الاشتراك فى الموارد. فالأفراد فى مجموعات العمل قد يشتركون فى ميزانية مشتركة، وفى التسهيلات، وفى الأجهزة.
- أنه يؤدى إلى القياس المشترك للأداء.
- أنه يشجع على الاتصال والتنسيق الفعال بين أعضاء المجموعات.

وبناء على المفهوم السابق، يمكن أن نرى فى منظمات الرعاية الصحية تجميع المرضى فى خدمات التمريض، والصيدالة فى الصيدلية، وهكذا. وحتى ضمن الأقسام يعد مفهوم تقسيم العمل واضحاً جداً. فعلى سبيل المثال، يمكن تقسيم المختبر، بناء على تقسيم العمل على الأساس الوظيفى Functional Departmentation إلى وحدات وظيفية متخصصة، مثل: بنك الدم، وفحوص الكيمياء، وفحوص الدم (٣٢).

ومن الجدير بالذكر، أن أحد أهم التغييرات الحديثة فى تصميم منظمة الرعاية الصحية هو إدخاله فى الحساب أن الهياكل التنظيمية الجامدة لتقسيم العمل تواجه مشكلات تنسيقية مهمة عبر الأقسام والوحدات. فالنموذج البيروقراطى للتنظيم - الذى أسماه كل من " برنز وستكر Burns and Stalker " فى دراستهما عن شركات النسيج والإلكترونيات النموذج الميكانيكى Mechanistic Organizational Form - والذى يركز على تقسيم العمل والتراتبية التنظيمية Departmentation and Hierarchy يعمل عملاً جيداً فى بعض الظروف، وليس فى جميعها؛ لأن النموذج الميكانيكى وما يتبعه من أشكال تنظيمية مثل التنظيم التنفيذى Line Organization، والتنظيم التنفيذى الاستشارى Line and Staff Organization، والتنظيم الوظيفى Functional Organization، يعد فعالاً فى الظروف المستقرة، ولكنه يشكل عائقاً عندما يقتضى ظرف ما مرونة للتغيير (٣٣). أما المنظمات التى تصمم على أساس التنظيم العضوى Organic Organizational Pattern فهى تعمل عملاً أفضل فى الظروف المتغيرة والدينامية. ومن أهم أشكال هذا النمط من التنظيم: التنظيم المصفوفى، والتنظيم على أساس المشروع. وفيما يلى عرض موجز لكل منهما:

أ - التنظيم على أساس المشروع Project Program Organization:

ومن التطورات المعاصرة المعتبرة فى مجال التصميم التنظيمى فى منظمات الرعاية

الصحية، تبنيها لأسلوب فرق المشروعات، فى استجابة منها لمواجهة الصعوبات التنظيمية فى إدارة بعض المشروعات، التى تتطلب مهارات تخصصية من أقسام مختلفة أو للارتقاء بمستوى الخدمة باستخدام منهجيات متعددة لرعاية المرضى^(٣٤). ففرق المشروعات تستخدم مجموعات من العاملين من الأقسام المختلفة. ولا تحل هذه الفرق بالطبع محل التركيب التنظيمى للقسم بأى حال من الأحوال. فهى متممات عضوية للهيكل الميكانيكية الوظيفية للأقسام، ومن مميزاتها أنها تُلغى أو تُزيل بعض الجمود أو الصلابة المتعلقة بنظم العلاقات بين العاملين. فهى تعتمد على العلاقات الأفقية أو التنسيق الأفقى بينهم، وذلك على عكس الوضع فى التنظيم الميكانيكى حيث تكون طبيعة العلاقات رأسية أو هرمية^(٣٥، ٣٦).

ومن أمثلة الحالات التى يمكن استخدام فرق المشروعات فيها قرار تنظيم برنامج شامل للرعاية الصحية المنزلية لذوى بعض الأمراض المزمنة. ويمكن اختيار أعضاء الفريق من قسم التمريض، والخدمات الاجتماعية، والعلاج التنفسى، والعلاج الطبيعى، والصيدلة، والأطباء المتخصصين فى الأمراض المزمنة. ولتسويق البرنامج وإدارة القضايا المالية والمسائل المتصلة بالتعويض المالى، يمكن إسناد تلك المهام إلى إدارى متخصص فى الإدارة الصحية أو إدارة الأعمال لإدارة البرنامج^(٣٧).

بقى أن نشير إلى ملحوظة مهمة، وهى أن التنظيم على أساس المشروع يسمح بالمرونة فى اتخاذ القرارات على أسس لامركزية، ويساعد على تطوير مهارات العاملين، وإثراء وظائف المشاركين فى الفرق^(٣٨). وعلى الرغم من ذلك فإن لتنظيم المشروع بعض المثالب. فقد يسبب نوعاً من الغموض للعاملين الذين يشاركون فى المشروع مع مديرهم الخاص، رغم تبعية وظائفهم إلى الأقسام التى ينتمون إليها، التى يرأسهم فيها مدير غير مدير المشروع الذين يتبعون له.

ب - التنظيم المصفوفى Matrix Organization:

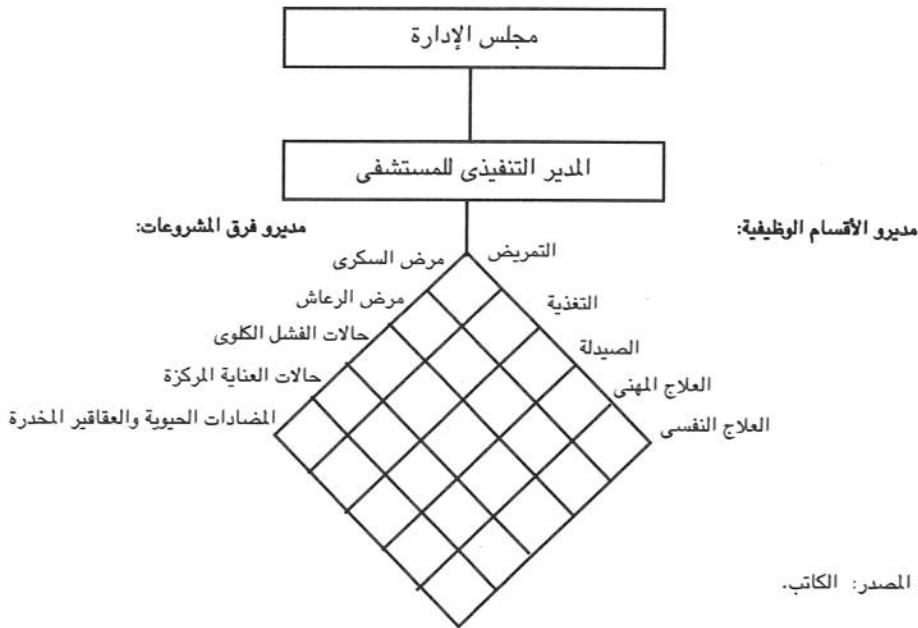
يعدُّ التنظيم المصفوفى أسلوباً متميزاً لتحقيق التكامل، بصفة رئيسية، بين مجهودات العاملين فى مختلف الأقسام السريرية والفنية المساعدة فى منظمات الرعاية الصحية، واتخاذ القرارات فيها على أسس لامركزية، وتشجيع العاملين فيها على الاتصالات الأفقية بينهم. ويتصف هذا النوع من التنظيم بازدواج علاقات السلطة، من خلال قيام مديرى أو رؤساء فرق المشروعات بالتنسيق أو الإشراف على أعمال العاملين فى الأقسام المصممة على أسس التنظيم الوظيفى. ويشكل هذا الازدواج فى علاقات السلطة الرأسية والأفقية

التي يرتبط بها العاملون في كلا التنظيمين الوظيفي، وفرق المشروعات، شكل المصفوفة الهندسية. ولذا جاز تسمية هذا النمط من التنظيم بالتنظيم المصفوفي^(٣٨).

وقد أشار كل من "جيسون وإفانسفيتش ودونيلي Gibson, Ivancevich, and Donnelly" في هذا الصدد إلى أن^(٣٩):

"التنظيم المصفوفي يتسم بالمرونة والتكيف مع المتطلبات البيئية، بسبب تصميمه الذي يشجع استخداماً أكثر للقدرات الإنسانية. فالمديرون يشجعون تبني ممارسات تحفز القدرات الإنسانية الواسعة من خلال تصميم المهن التي تؤكد على تنمية الشخصية وتحمل المسؤولية. أما اتخاذ القرار والرقابة وعمليات وضع الأهداف فهذه أمور تدار إدارة لامركزية، وبمشاركة جميع المستويات التنظيمية. كما أن الاتصالات تجري مكثفة في جميع أنحاء المنظمة لا عبر التسلسل القيادي Chain of Command فحسب". ويوضح الشكل رقم (٢) مثلاً على التنظيم المصفوفي في إحدى المستشفيات العامة.

الشكل رقم (٢)
التنظيم المصفوفي لمستشفى عام*



* المصدر: الكاتب.

٤- نطاق الإشراف Span of Control:

من الأسئلة المهمة التي تثير اهتماماً خاصاً لمصممي التنظيم لدى الباحثين التقليديين سؤال ما عدد العاملين الذين يمكن أن يشرف عليهم مدير واحد؟ وعلى أى أساس تم اتخاذ هذا القرار؟ وللإجابة عن هذه الأسئلة، وضع الباحثون التقليديون مفهوم نطاق الإشراف^(٤٠). ويعرّف نطاق الإشراف بأنه عدد المرعوسين الذين يكتبون تقاريرهم مباشرة إلى المدير.

وقد اتفق الباحثون التقليديون بصفة عامة على أنه ينبغي أن يكون للمديرين عدد معين من المرعوسين يقررون مباشرة إليهم^(٤١). وقد كان استنتاجهم مبنياً على قدرة المديرين في إجراء رقابة فاعلة على الذين يتقدمون بتقاريرهم مباشرة إليهم.

وهناك من الباحثين من حدّد العدد الأمثل للمرعوسين الذين ينبغي أن يتبعوا كل مدير. "فأرويك" Urwick حددهم بستة حداً أقصى لنطاق الإشراف، إذا كان المدير يرغب في الحفاظ على رقابة وثيقة. أما "دافيس" Davis فقد ميز نوعين من نطاق الإشراف: نطاق إشراف المديرين التنفيذيين ونطاق إشراف مديري التشغيل^(٤٢).

ويقصد بنطاق إشراف المديرين التنفيذيين، الإشراف على مواقع وظائف كل من مديري مستوى الإدارة العليا ومديري مستوى الإدارة الوسطى. أما نطاق إشراف مديري التشغيل فينحصر في مستوى الإدارة الإشرافية. وقد قدر "دافيس" Davis أن نطاق الإشراف الفعال للمديرين التنفيذيين هو ذلك الذى يتراوح فيه عدد المرعوسين الذين يتبعون المدير بين ثلاثة إلى تسعة. أما نطاق الإشراف على مستوى التشغيل فقد يصل به عدد المرعوسين إلى ثلاثين مرعوساً يكتبون التقارير مباشرة إلى مدير واحد.

ومن المفيد أن نقول إن الإجابة عن السؤال المتعلق بنطاق الإشراف تؤثر تأثيراً بالغاً على التصميم التنظيمي لمنظمة الرعاية الصحية، كما يتضح من الشكل رقم (٣) والشكل رقم (٤) حول كل من التنظيم الطويل والتنظيم المنبسط Tall and Flat Organizations.

وقد جرت العادة على أن يأخذ معظم منظمات الرعاية الصحية المعقدة بالنموذج التنظيمي الطويل. ويعود سبب ذلك إلى التقسيم الدقيق للعمل وتعدد التخصصات وتنوع الأقسام المختلفة فيه (مثل التمريض، والأقسام الطبية المساعدة ...) والحاجة اللاحقة إلى محدودية نطاق الإشراف. أما منظمات الرعاية الصحية مثل المستوصفات أو مجمعات العيادات والعيادات الخارجية وبيوتات التمريض فأغلبها يتسم تنظيمها بأنه منبسط.

وخلافًا للباحثين التقليديين يرى رواد الإدارة الحديثة أمثال "ودورد Woodward، وفيفنر Pfiffner، وشروود Sherwood" أنه^(٤٣): "لا توجد معايير أو مبادئ ثابتة يمكن من خلالها تحديد نطاق الإشراف المناسب في المنظمة، لاعتبارات تتصل بصفة رئيسية بطبيعة نشاط المنظمة ودرجة التخصص فيها، وكفاءة المديرين وموقعهم في الهرم التنظيمي وخبرة المرعوسين".

إلا أن بعض رواد الإدارة الحديثة أمثال "بارك دل Barkdull وستيغلitz Steiglitz وألداغ Aldag وستيرنز Stearns" أشاروا إلى مجموعة من العناصر التي يمكن أن يسترشد بها بصفة رئيسية في تحديد الرقم المناسب لنطاق الإشراف. وهذه العناصر هي^(٤٤):

- **مستوى المهنة Level of Professionalism وتدريب المرعوسين:** فالعاملون الذين يتمتعون بالمهنية العالية والخبرة المتميزة، وهي صفات تنتشر في منظمات الرعاية الصحية، لا تتطلب إشرافاً مباشراً.
- **درجة عدم اليقين في العمل المؤدى:** فالأعمال المعقدة والمتنوعة تتطلب إشرافاً وثيقاً بالمقارنة مع الأعمال البسيطة والمتكررة. فالإشراف الوثيق يتطلب إشرافاً ضيقاً كما أشرنا آنفاً.
- **درجة توحيد مقاييس العمل:** إن العمل الموحد والنمطي سواء أكان مهنيًا مثل العمل في الصيدلية أو المختبر أو العمل في وحدة تحضير الأطعمة، يتطلب إشرافاً أقل.
- **درجة التفاعل المطلوبة بين المديرين والعاملين:** إن ظروف أو مواقف العمل التي يكون فيها التفاعل مطلوباً بدرجة أكبر بين المديرين والعاملين تتطلب نطاق إشراف ضيق. فالتفاعل المجدى يتطلب وقتاً. وزيادة عدد الأشخاص المتفاعلين يزيد الطلب على الإشراف من أجل ذلك التفاعل.
- **درجة التكامل المطلوبة بين المهام:** إذا كان العمل الذي تؤديه جماعة العمل يحتاج إلى عمل متكامل بينهم، فهو يتطلب أن يكون الإشراف ضيقاً.

بقي أن نشير إلى ملحوظة مهمة، وهي أنه نظراً للارتباط الوثيق بين نطاق الإشراف وتصميم منظمة الرعاية الصحية، يوجد عدد من الاعتبارات التي ينبغي الأخذ بها مثل: أن لا يزيد نطاق إشراف مدير عام منظمة الرعاية الصحية عن خمسة أو ستة مرعوسين. أما على المستويات التي يكون فيها العمل موحداً ونمطياً، فمن الممكن أن يكون نطاق الإشراف متسعاً. والعامل الآخر هو طبيعة العمل. فمن السهل الإشراف على عشرة من الموظفين المكتبة بدلاً من خمسة رؤساء تمريض. كما أن قدرات المديرين وتوافرهم ينبغي أن يؤخذ في الحسبان. فالتدريب والصفات الشخصية لبعض المديرين تجعلهم أقدر من غيرهم على الإشراف على عدد أكبر من المرعوسين^(٤٥).

٥- التنسيق؛

يقصد بالتنسيق بمعناه الواسع الانسجام والتعاون والتكامل بين أفراد مجموعات العمل، سواء على مستوى الوحدة التنظيمية الواحدة، أو على مستوى جميع الوحدات التنظيمية في المنظمة. وقد شدد "شستر برنارد Chester Barnard"، وهو أحد رواد الإدارة التقليدية، على أهمية التنسيق. وذكر في كتابه عن وظائف التنفيذيين "أن جودة التنسيق هي العامل الحاسم في بقاء المنظمة"^(٤٦).

وعلى الرغم من أن تعريف التنسيق وتقدير أهميته في تصميم التنظيم، من حيث توحيد الجهود والانسجام ومنع التضارب في العمل والازدواجية، يمكن أن يعزى إلى رواد الإدارة التقليديين، تظل هناك قائمة طويلة من أساليب التنسيق التي تمثل الأنشطة التي يستخدمها المديرون لتحقيق التنسيق تم تطويرها في مرحلة لاحقة^(٤٧).

ويؤدى التعامل مع هذه الأساليب إلى درجات متفاوتة من النجاح تبعاً للموقف. ويعد أسلوب النظرة الموقفية من التنسيق Contingency View of Coordination من الأساليب المناسبة للاستخدام في منظمات الرعاية الصحية بسبب طبيعة التخصصات فيها وتنوعها. وقد أشار "ريتشارد سكوت Richard Scott" في هذا الصدد إلى أنه بسبب تعقد الأنشطة التي يؤديها العاملون الصحيون المحترفون، وعدم التيقن من المهام التي تعترضهم، أو عدم نمطية المهام في كثير من الأحيان، فهو يؤكد على أهمية وضع الترتيبات التنظيمية الملائمة للتنسيق، أو ما يسمى آليات التنسيق، استناداً إلى أسلوب النظرة الموقفية للتنسيق^(٤٨).

هذا، ويمكن تصنيف الآليات التي يستخدمها المديرون لتحقيق التنسيق الفعال في منظمات الرعاية الصحية بطرق مختلفة. فقد اقترح "ليتر Litterer" نموذجاً يضم ثلاثة

أنواع من التنسيق وهي^(٤٩): التنسيق الهرمى، والتنسيق عبر الجهاز الإدارى، والتنسيق من خلال الأنشطة الطوعية Voluntary Activities.

أما التنسيق الهرمى أو التنسيق الرأسى فيربط الأنشطة المتعددة عن طريق وضعها تحت سلطة مركزية واحدة. ففي منظمة رعاية صحية بسيطة يعد هذا النوع من التنسيق كافياً. ويعد المدير التنفيذي نقطة ارتكاز السلطة، ولكن يصعب عليه حل جميع المشكلات التنسيقية بمفرده. وعلى هذا فلا بد للتنسيق عن طريق الهيكل الهرمى للتنظيم من أن يستكمل بآليات تعزيزية أخرى.

ويعد النظام الإدارى مثل الآلية الثانية لتنسيق الأنشطة فى نموذج "ليترر Litterer". فقد بين أن جهداً كبيراً للتنسيق فى المنظمة يعنى بالجريان الأفقى للعمل ذى الطبيعة النمطية. وتعد النظم الإدارية بمثابة إجراءات رسمية تم تصميمها لإجراء معظم الأعمال التنسيقية النمطية تلقائياً.

وتساعد إجراءات العمل مثل المذكرات Memoranda التى ألصقت عليها القصاصات النمطية على تنسيق وحدات العمليات. أما الأنشطة أو المهام غير النمطية والتى لا يمكن برمجتها، فإن النظم الإدارية أو المبادرات مثل اللجان التنسيقية قد تحسن الحاجة إلى تشكيلها من أجل تحقيق التكامل.

أما النوع الثالث من التنسيق، عند "ليترر Litterer" فيتم من خلال الأداء الطوعى Voluntary Action عندما يلمس الأشخاص أو الجماعات الحاجة إلى التنسيق، وتطوير طريقة ما، والشروع فى تنفيذها. وأكثر أعمال هذا النوع من التنسيق يعتمد على إرادة الأفراد أو الجماعات، وقدرتهم على البحث عن طرق تحقق تكامل العمل بينهم وبين المشاركين الآخرين فى التنظيم. ويعد تحقيق التنسيق الطوعى من أهم المشكلات التى تواجه المدير، بل من أصعبها. فالتنسيق الطوعى يتطلب من الأفراد أن يكون لديهم معرفة كافية بالأهداف التنظيمية، والمعلومات عن المشكلات الخاصة بالتنسيق، والحافز إلى القيام ببعض المبادرات لمواجهة هذه المشكلات.

وثمة آليات أخرى للتنسيق، مثل^(٥٠):

- تعيين منسقين لتوحيد الجهود والأعمال.
- التنسيق عن طريق حلقات الجودة التى تحسن مستوى الاتصالات بين فرق العمل، وتزيد من فعاليتها، ومن ثم تساعد على الارتقاء بمستوى التنسيق.

- تشكيل اللجان الطبية والفنية اللازمة.
- تشجيع الاتصال المباشر بين العاملين، سواء عن طريق المواجهة الشخصية، أو استخدام الهاتف، أو استخدام الاتصالات الكتابية.

رابعاً - الخارطة والأدلة التنظيمية:

تمثل الخارطة التنظيمية لمنظمة الرعاية الصحية، وأدلتها التنظيمية، خلاصة المفاهيم الرئيسية للتنظيم الرسمي التي سبقت الإشارة إليها. وفيما يلي عرض موجز لذلك:

أ - الخارطة التنظيمية Organizational Chart:

تعكس الخارطة التنظيمية لمنظمة الرعاية الصحية الرسم التمثيلي العام لتنظيمها. فعلى سبيل المثال، يوضح الشكل رقم (٥) الخارطة التنظيمية لمستشفى عام. ومنها يلاحظ الطبيعة الأساسية لمبدأ تقسيم العمل. فكل وحدة تنظيمية في الخارطة تمثل التوزيع الفرعي للعمل، وتقتصر تخصصها. كما توضح العلاقات بين السلطة والمسؤولية. فالبعد العمودي يظهر عادة من لديه السلطة على من عداه ومن يتحمل المسؤولية أمام سواه. كما تظهر الخارطة مجموعات العمل في الأقسام أو الوحدات المختلفة، والعلاقات الجانبية كاللجان الفنية والطبية. وتسمح الخارطة بالتقييم السهل لنطاق الإشراف.

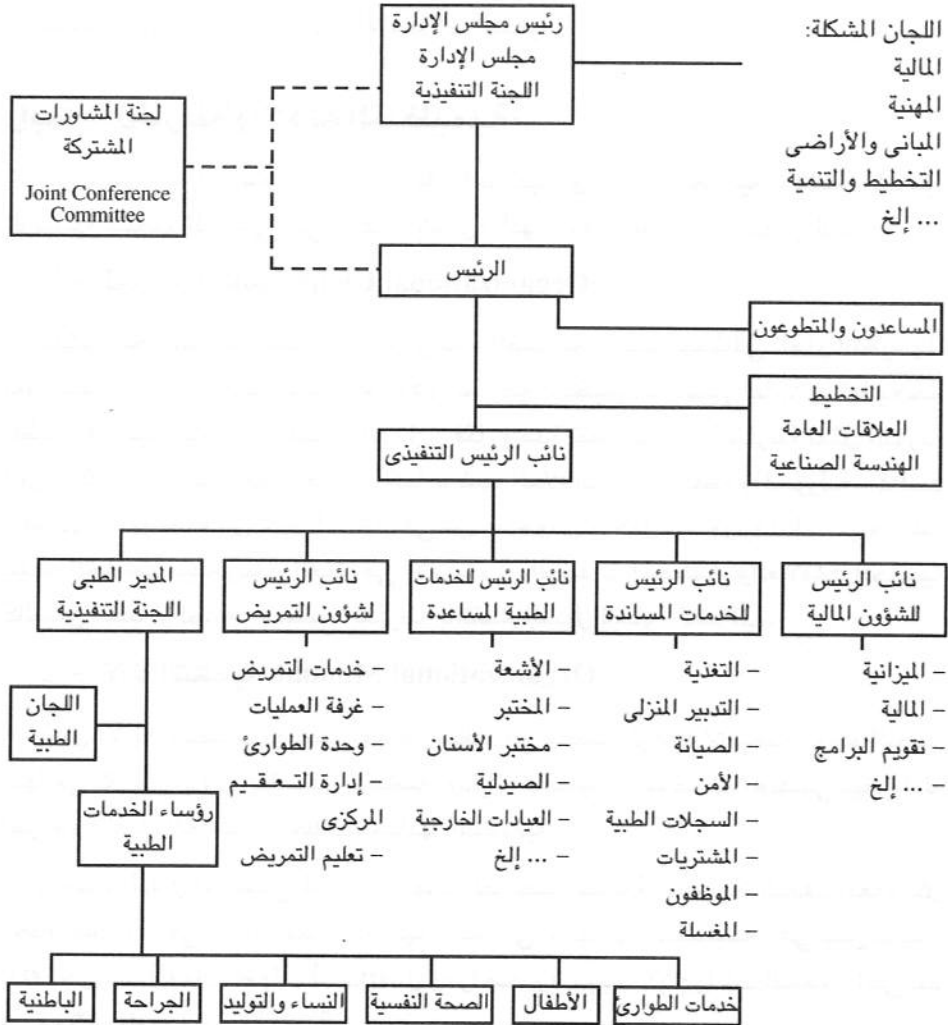
ب - الأدلة التنظيمية Organizational Manuals:

تمثل الأدلة التنظيمية خلاصة عملية التنظيم في منظمة الرعاية الصحية. ويتم التعبير عنها في كل من الدليل التنظيمي للمنظمة، ودليل التصنيف والتوصيف الوظيفي بها، وأدلة إجراءات العمل الخاصة، بمختلف وحداتها التنظيمية.

ويصف الدليل التنظيمي لمنظمة الرعاية الصحية، بصفة رئيسية، الهدف العام لكل وحدة تنظيمية على حدة، ويبين ارتباطها التنظيمي، ومهامها التفصيلية. في حين توضح أدلة إجراءات العمل خطوات أداء العمل ومراحله، ولا سيما الإجراءات النمطية التي تتم في مختلف الوحدات في المنظمة.

ولا تعكس الهياكل التنظيمية بالطبع جميع المفاهيم التقليدية للتنظيم الرسمي، إذ يوجد جنباً إلى جنب، مع الهيكل التنظيمي الرسمي عادة، التنظيم غير الرسمي الذي يكون في العادة غير مرئى في الخارطة التنظيمية أو في الدليل التنظيمي. وسوف نلقى الضوء في الفقرة الآتية على هذا النمط من التنظيم، لبيان فوائده والأضرار التي يلحقها بالتنظيم الرسمي للمنظمة.

الشكل رقم (٥) الخارطة التنظيمية لمستشفى عام*



* بتصرف من كتاب:

Jonathon Rakich et.al., Managing Health Services Organizations, 3rd ed. (Baltimore, Maryland: Health Professions Press, 1992), p.224.

خامساً - التنظيم غير الرسمي The Informal Organization:

وهو تنظيم يوجد ضمن النموذج الرسمي للسلطة. وكما أشرنا من قبل يدور التنظيم الرسمي بصفة رئيسية حول الهيكل أو البناء التنظيمي للمنظمة. ولكن هناك الكثير من التفاعلات بين أعضاء التنظيم التي لا تتم ضمن أطر هذا الهيكل. هذه التفاعلات هي التي تكون التنظيم غير الرسمي.

وفى الواقع العملي لا يمكن الفصل بين التنظيمين الرسمي وغير الرسمي لتداخلهما الكامل. وفى هذا الصدد يقول كل من "بلو وسكوت Blau and Scott^(٥١):

"من الصعب فهم طبيعة التنظيم الرسمي بدون تقصى شبكات العلاقات والأعراف وأشكال السلوك غير الرسمية. والتمييز بينهما لا يكون إلا من أجل التحليل لا من أجل الفصل بينهما، فهناك فى الواقع تنظيم فعلى واحد". إن التنظيمين الرسمي وغير الرسمي يشكلان معاً الإطار التنظيمي، حيث يتم إنجاز العمل فى منظمات الرعاية الصحية".

وسوف نتناول فى هذا الجزء من الفصل بشيء من الإيجاز طبيعة التنظيمات غير الرسمية، والعوامل الرئيسية للمجموعات غير الرسمية، والجوانب الإيجابية لهذه التنظيمات، والتعايش مع التنظيم غير الرسمي:

١- طبيعة التنظيمات غير الرسمية:

إن الوعى الخاص بمفاهيم تصميم التنظيمات غير الرسمية والاهتمام بها يعودان إلى جهود دراسات "هوثورن Hawthorne" فى الثلاثينيات. فقد أظهرت هذه الدراسات أن التنظيمات غير الرسمية هى جزء متكامل من بيئة العمل. وهى تنشأ نتيجة التفاعل بين الأفراد فى المنظمة. وأكثر ما يعلمه المدبرون عن التنظيمات غير الرسمية إنما يركز على أعمال الباحثين الاجتماعيين، والباحثين فى علم النفس الاجتماعى الذين يدرسون الجماعات وأشكال سلوكها^(٥٢).

وقد عرف "ميلز Mills" الجماعة بأنها كل فردين أو أكثر يتواصلان من أجل تحقيق غرض معين يريان الاتصال ينطوى على دلالة^(٥٣). ويمكن تقسيم الجماعات فى المنظمات إلى جماعات رسمية وأخرى غير رسمية. فالجماعة الرسمية هى التى تم تأليفها من قبل المديرين بهدف تحقيق أهداف محددة ذات صلة بإنجاز العمل وأهدافه. وهى جزء لا يتجزأ من الهيكل التنظيمي للمنظمة. ومن أمثلة هذه الجماعات الرسمية، فرق حلقات الجودة،

هذا، ويستحق التنظيم غير الرسمي انتباه المديرين؛ لأنه يمكن أن يكمل فعالية البناء التنظيمي الرسمي، ومن ثم يستكمل تعزيز قدرة المنظمة على تحقيق أهدافها. فضلاً عن ذلك، فإن فهم التنظيم غير الرسمي يعكس إدراك الكثيرين أن الناس في المنظمات ليسوا أدوات ميكانيكية، بل هم بالأحرى كائنات اجتماعية معقدة سريعة التقلب والتغيير^(٦١).

سادساً- النظرة المتكاملة لتصميم التنظيم:

تنطوي المنظمات سواء أكانت صغيرة أم كبيرة على خمسة أجزاء مترابطة ومتداخلة فيما بينها. وقد صنف "مينتسبرج" Mintzberg هذه الأجزاء على النحو التالي^(٦٢، ٦٣): قمة المنظمة أو رأسها الإستراتيجي The Strategic Apex، وقلبها أو نواتها التشغيلية The Operating Core، وخط وسطها The Middle Line، وبنيتها التنظيمية التقنية The Technostructure، وهيئتها الداعمة لها Support Staff (الشكل رقم ٦).

ويمثل القمة الإستراتيجية أولئك الأشخاص الذين يصنعون التوجيه الإستراتيجي للمنظمة. وفي منظمات الرعاية الصحية يشمل ذلك مجلس الإدارة والرئيس وربما نواب الرئيس. أما نواتها التشغيلية فتتمثل في أولئك الأفراد الذين يقومون بأداء العمل الأساسي للمنظمة. ويشمل هؤلاء الأشخاص في منظمة الرعاية الصحية الأطباء، والممرضات والفنيين والمعالجين وسواهم ممن يقومون بتقديم الخدمة.

أما من يمثل الخط الأوسط فيها فهم المديرون الذين يتبعون بين التنفيذيين القمة الإستراتيجية والأفراد في النواة التشغيلية. ومن هؤلاء رؤساء الأقسام والوحدات والشعب (التمريض - الصيدلية - المختبر - التغذية).

أما البناء التنظيمي التقني فيتألف من أعضاء الهيئات الذين يساعدون في التخطيط لأعمال المنظمة والرقابة عليها. والأفراد في مستوى البنية التنظيمية التقنية يؤثرون في عمل الآخرين. ومنهم المهندسون الصناعيون، ومديرو إدارة المخاطر، وأولئك الذين يدعمون جهود التحسين المستمر للجودة، ناهيك عن المخططين الإستراتيجيين ومحلى الميزانية، والمحاسبين، وأخصائيي التوظيف.

أما الهيئة الداعمة فهي تقدم خدمات غير مباشرة. إذ يفيد مفهوم "مينتسبرج" Mintz-berg، أنهم أولئك الذين يقدمون الدعم لعمل المنظمة الأساسي ولا يقومون بعملها ذاته. ومن أمثلة ذلك، المستشار القانوني، وأخصائيو التسويق، والمالية، والعلاقات العامة، وإدارة الموارد البشرية.

- وهناك فضلاً عن الخصائص المذكورة آنفاً، عوامل أخرى لكيفية تشكيل الجماعات غير الرسمية، ولطرق عملها، ينبغي للمديرين التعرف عليها، مثل^(٥٨):
- القيادة فى الجماعات غير الرسمية، إذ إن قائد الجماعة لا يبادر إلى الفعل فحسب، بل فى مجال التوجيه وحل الخلافات فى الرأى فى القضايا التى تهم الجماعة. كما أن القائد يتخاطب باسم قيم الجماعة ومشاعرها مع ممثلى التنظيم الرسمى.
 - مراحل تطور الجماعة.
 - الهيكل التنظيمى أو البنىوى للجماعات غير الرسمية.

٣- الجوانب الإيجابية للتنظيم غير الرسمى:

- يخدم التنظيم غير الرسمى عدة أهداف مفيدة لمنظمة الرعاية الصحية، منها^(٥٩):
- أن التنظيم غير الرسمى يكمل مهمة التنظيم الرسمى فى إنجاز العمل.
 - التنظيمات غير الرسمية تنشئ قيماً اجتماعية وثباتاً مما يتجلى تأثيره فى انخفاض معدلات ترك الوظيفة.
 - التنظيمات غير الرسمية يمكن أن تسهل عمل المدير.
 - التنظيمات غير الرسمية تمثل قنوات مهمة للاتصالات.

٤- التعايش مع التنظيم غير الرسمى:

يمثل تواجد التنظيم الرسمى ضمن الهيكل التنظيمى الرسمى حقيقة من حقائق الحياة التنظيمية فى منظمات الرعاية الصحية. ولابد من الموازنة بين جوانب التنظيمين الرسمى وغير الرسمى إذا أريد تحقيق الأداء الأمثل للأفراد والتنظيمات. أما إذا أرادت الإدارة تجاهل التنظيم غير الرسمى، فقد تجد نفسها أمام مواقف حرجة أو خلل وظيفى. ولحماية الأعضاء وجعل حالة العمل مقبولة، قد يلجأ عضو التنظيم غير الرسمى إلى المقاومة عندما يدرك أنه يعامل من قبل إدارة تعسفية. وإنما يكون الموقف مثالياً عندما يكون التنظيم الرسمى قوياً بما يكفى للحفاظ على وحدة الجماعة من أجل تحقيق الأهداف. كما أن التنظيم الرسمى يسمح فى الوقت نفسه بنشوء تنظيم غير رسمى للمساعدة على الحفاظ على جماعة متماسكة يسودها روح العمل^(٦٠).

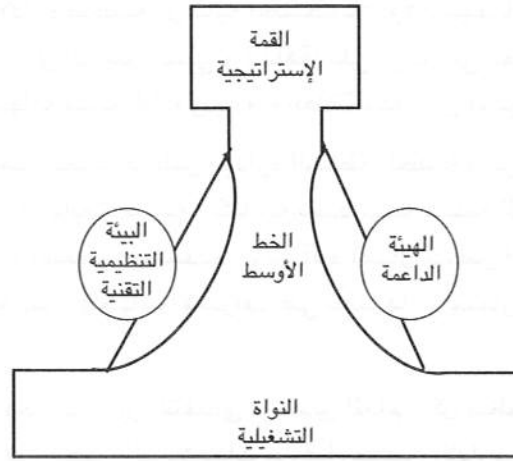
وفرق المشروعات، وفرق المهام الخاصة. أما المجموعات غير الرسمية فهي التي لا تنشأ نتيجة أوامر من السلطات بتشكيلها، بل تنشأ نتيجة للتجاذب التلقائي بين الأفراد الذين يسعون إلى تعزيز علاقاتهم الاجتماعية^(٥٤).

هذا ويعود السبب الرئيسى وراء تشكيل الجماعات غير الرسمية إلى عدم تلبية احتياجات الأفراد بصورة كاملة من خلال التنظيم الرسمى. ومن هنا فإن السؤال الذى يمكن إثارته هو: ما هى الاحتياجات التى يلبيها التنظيم غير الرسمى؟ ويشير العديد من المصادر فى هذا المجال إلى أن ضروب الاحتكاك فى العلاقات الشخصية المتبادلة ضمن الجماعات الصغيرة توفر نوعاً من الراحة من الضجر أو السأم، والرتابة، وضغوط التنظيم الرسمى. كما أن الأفراد فى هذه الجماعات، يحيط بهم فى العادة آخرون يشاطرونهم قيماً وأملاً متشابهة، مما يؤدي إلى انسجام معين بينهم^(٥٥). وهناك من يرى^(٥٦) أن الانتماء إلى هذه الجماعات يوفر نوعاً من الأمن لأعضائها وقبولاً متبادلاً بين النظراء على أنهم متساوون جميعاً، ويهب لهم شعوراً بالأمن داخل المنظمة. كما أنه يتيح لهم التعبير عن آرائهم بحرية. وهى تشبع حاجتهم إلى المشاركة فى اتخاذ القرار وإمكانية إجراء الاتصالات اللازمة مع أفراد الجماعة. كما أن عضو الجماعة قد يجد متنفساً لبعض دوافع القيادة الإدارية عنده، ولجمع المعلومات. كما يعد الانتماء هنا وسيلة سرية لتدفق المعلومات والاتصالات غير الرسمية، والحصول على المعلومات بصورة غير رسمية. والمجموعات غير الرسمية تظهر وتبقى فى التنظيم، لأنها تؤدي لأعضائها وظائف مرغوباً فيها.

٢- العوامل الرئيسية فى تشكيل الجماعات غير الرسمية:

أوضح "موندى وزملاؤه Mondy and Colleagues"^(٥٧) أن جماعات العمل غير الرسمية تتميز ببعض الصفات المحددة الخاصة: أولها أن أعضائها يجتمعون معاً لإشباع حاجاتهم. ومع ذلك فهذه الاحتياجات مختلفة اختلافاً شديداً، فمن العاملين من يرغب فى الصداقة، ومنهم من يرغب فى التقدم. والثانى أن جماعات تنظيم العمل غير الرسمية تتغير أبداً. فالعلاقات التى توجد اليوم قد تتلاشى فى اليوم الذى يليه. والثالث أن الأعضاء من مختلف المستويات التنظيمية قد يشتركون فى هذه التنظيمات. والرابع أن التنظيمات غير الرسمية قد تتأثر بالعلاقات خارج إطار منظمة الرعاية الصحية. وأخيراً هناك أشكال من التراتب داخل إطار التنظيمات غير الرسمية، فبعض الأفراد أهم من أفراد آخرين.

الشكل رقم (٦) الأجزاء الأساسية الخمسة للمنظمات عند "مينتسبرج"*



*Henry Mintzberg , The Structuring of Organizations
(Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, 1979),p.20.

وفي الحقيقة لا توجد قاعدة سحرية يمكن للمديرين من خلالها اختيار التصميم التنظيمي المناسب دون غيره. وفضلاً عن ذلك، فالمنظمات المعقدة لديها عدة تصميمات مختلفة توجد في صورة أجزاء متنوعة، ويقابل بنيتها كل من إستراتيجيتها، وفلسفتها الإدارية، والضغوط البيئية عليها. ففي منظمات الرعاية الصحية الكبيرة مثل المستشفى التعليمي يعد الهيكل التنظيمي لعيادة الأسنان تنظيمًا بسيطاً، في حين يتسم الهيكل التنظيمي للمختبر بنمط التنظيم الميكانيكي، أما الوحدات الطبية والتمريضية فتتسم بنمط البيروقراطيات المهنية، أي أن النواة التشغيلية للهيكل التنظيمي أغلبها من الفنيين. وقد يكون لدى المستشفى فرق للمشروعات مثل فريق مشروع الخبرات الإدارية للإدارة الإستراتيجية، والتسويق، والمالية، ونظم المعلومات.

وهناك بعض المقومات والأسس الإضافية التي ينبغي مراعاتها عند تصميم تنظيم منظمات الرعاية الصحية، بغض النظر عن أنماط ملكيتها، ودورها، وأنشطتها، ووضعها

القانونى المتعلق بالترخيص، أو أى صفات أخرى متصلة بها. ومن هذه المقومات والأسس:

- تشكيل مجلس لإدارة منظمة الرعاية الصحية: ولا سيما للمنظمات الكبيرة كالمستشفيات ومراكز التأهيل الطبى والنقاهاة؛ على أن يراعى تحديد أعضائه، وطريقة تشكيله، وتحديد مهامه ومسؤولياته ولجانه، والعلاقة بينه وبين المدير التنفيذى للمنظمة.

وعلى وجه العموم يمثل مجلس الإدارة السلطة المطلقة ومركز اتخاذ القرارات الاستراتيجية لمنظمة الرعاية الصحية. كما أنه يحدد توجه منظمة الرعاية الصحية وتقييم تطورها نحو أهدافها الضمنية والمحددة. ومن أهم أعمال مجلس الإدارة رسم السياسة العامة للمنظمة، وتحديد مهامها، والإشراف على تنفيذها، واختيار المدير التنفيذى فيها وتقييم أدائه.

- تحديد مهام وصلاحيات المدير التنفيذى أو المدير العام: كل منظمة رعاية صحية لديها مدير تنفيذى يفوض ببعض الصلاحيات من قبل مجلس الإدارة، للإشراف على حسن التشغيل اليومى لمنظمة الرعاية الصحية، بما يتفق والسياسات المرسومة والأنظمة واللوائح المعتمدة من قبل مجلس الإدارة. إضافة إلى الإشراف على التخطيط والتطوير والمتابعة لتنفيذ الأنشطة الرئيسية للمنظمة، وتقييم أداء المديرين التابعين لإشرافه، وغيرها من المهام التى قد يكلف بها من قبل مجلس إدارة منظمة الرعاية الصحية.

- وضع تنظيم فعال للهيئة الطبية والسريرية الأخرى: وينضوى تحتها الأطباء البشريون وأطباء الأسنان والمعالجون النفسيون وأعضاء هيئة التمريض وغيرهم من التقنيين والفنيين الطبيين. وكثيراً ما يكون لهذه الهيئة لوائحها الداخلية الخاصة بها. وقد كان يطلق فى السابق على هذه الهيئة تقليدياً اسم الهيئة الطبية. أما الآن فتطلق أغلب منظمات الرعاية الصحية فى أمريكا عليها اسم الهيئة المهنية السريرية Professional Clinical Staff. ومن أهم مهام هذه الهيئة الإشراف على سير العمل الطبى والفنى فى المنظمة، وتقييمه، والارتقاء به على نحو مستمر لى يبلغ أعلى المستويات، ومعالجة ما قد يطرأ من مشكلات أو معوقات قد تواجه المستفيدين أو الأعضاء التابعين لها على نحو عاجل ومن دون تأخير.

- تشكيل اللجان الطبية والفنية والإدارية التى تستدعيها طبيعة العمل فى منظمة الرعاية الصحية، وتحديد مهامها واختصاصاتها، وصلاحياتها، وارتباطاتها التنظيمية.

هوامش الفصل الثالث

- ١- Harold Koontz and Cyrill O'Donnel, **Principles of Management** (N.Y.: McGraw Hill Book Company, 1964), p.105.
- ٢- Richard Hodgetts and Dorothy Cascio, **Modern Health Care Administration** (N.Y.: Academic Press, Inc., 1983), p.136.
- ٣- سهام حجازي، **الإدارة في المنظمات الصحية: بالتطبيق على المنظمات الصحية في دولة الكويت**، (الكويت: الهيئة العامة للتعليم التطبيقي والتدريب، ١٩٨٨)، ص ١٦٣.
- ٤- حسان حرساني، **إدارة المستشفيات (الرياض: معهد الإدارة العامة، ١٩٩٠)**، ص ٩٥.
- ٥- G. Ross Baker et.al., "Organizational Designs for Health Care", **The AUPHA Manual of Health Services Management**, Edited by Robert Taylor and Susan Taylor (Gaithersburg, Maryland: Aspen Publishers, Inc., 1994), p.103.
- ٦- Beaufort B. Longest, **Management Practices for the Health Professional**, 4th ed. (Norwalk, Connecticut: Appleton and Lange, A Publishing Division of Prentice Hall, 1990), p. 91.
- ٧- Jonathon Rakich et.al., **Managing Health Services Organizations**, 3rd ed. (Baltimore, Maryland: Health Professions Press, 1992), pp. 207-208.
- ٨- **Ibid.**, pp. 207-208.
- ٩- Beaufort B. Longest, **ibid.**, p. 91.
- ١٠- Jonathon Rakich et.al., **ibid.**, p. 209.
- ١١- Stephen Shortell and Arnold Kaluzny, **Health Care Management: A Text in Organization Theory and Behavior**, 2nd ed. (N.Y.: John Wiley and Sons, 1988), p. 316.
- ١٢- Jonathon Rakich et.al., **op.cit.**, p. 209.
- ١٣- Beaufort B. Longest, **op.cit.**, p. 93.
- ١٤- **Ibid.**, p. 94.
- ١٥- Jonathon Rakich et.al., **op.cit.**, p. 211.
- ١٦- **Ibid.**, p. 212.
- ١٧- **Ibid.**, p. 212.

- ١٨- حسان حريستاني، مصدر سابق ورد ذكره، ص ١٢٤.
- ١٩- علي العبيد أحمد، **مذكرة في التحليل التنظيمي** (الرياض: معهد الإدارة العامة، بدون تاريخ)، ص ٦٠.
- ٢٠- حسان حريستاني، مصدر سابق ورد ذكره، ص ١٢٥.
- ٢١- Jonathon Rakich et.al., **op.cit.**, p. 213.
- ٢٢- **Ibid.**, pp. 213-214.
- ٢٣- أنور رسلان، **القانون الإداري السعودي: تنظيم الإدارة العامة ونشاطها: دراسة مقارنة** (الرياض: معهد الإدارة العامة، ١٩٨٨)، ص ١٤٦.
- ٢٤- المرجع السابق، ص ١٤٧.
- ٢٥- حسان حريستاني، مصدر سابق ورد ذكره، ص ١٢٥.
- ٢٦- المرجع السابق، ص ١٢٥.
- ٢٧- Jonathon Rakich et.al., **op.cit.**, pp. 214-215.
- ٢٨- Beaufort B. Longest, **op.cit.**, p.94.
- ٢٩- Henry Mintzberg, **The Structuring of Organizations** (Englewood-Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, 1979), pp. 108-111.
- ٣٠- **Ibid.**, p.106.
- ٣١- Jonathon Rakich et.al., **op.cit.**, p. 215.
- ٣٢- Beaufort B. Longest, **op.cit.**, p. 94.
- ٣٣- للتوسع حول هذه الأشكال، انظر:
- حسان حريستاني، مصدر سابق ورد ذكره، ص ١٠٢-١٠٧.
- ٣٤- G. Ross Baker et.al. , **op.cit.**, p.111.
- ٣٥- حسان حريستاني، مصدر سابق، ص ١٠٨.
- ٣٦- Jonathon Rakich et.al. , **op.cit.**, p. 216.
- ٣٧- **Ibid.** , p. 216.

- ٣٨- لمزيد من التفصيل حول التنظيم المصفوفى فى منظمات الرعاية الصحية، انظر:
- Seth Allcorn , " Using Matrix Organization to Manage Health Care Delivery Organizations", **Hospital and Health Services Administration Journal** , Vol. 35, No.4 , Winter 1990, pp. 575-590.
- James Gibson et.al. , **Organizations: Behavior , Structure , Process** , 7th ed. (Homeland, Illinois: Richard D. Irwine, Inc.,1991), p. 507.
- Jonathon Rakich et.al. , **ibid.**,p. 218. -٤٠
- Beaufort B. Longest , **op.cit.**, p. 95. -٤١
- ٤٢ وردت فى كتاب:
- Jonathon Rakich et.al. , **ibid.**,p. 218.
- ٤٣ حسان حريستانى، **مصدر سابق ورد ذكره**، ص ص ١٢٧-١٢٧.
- Jonathon Rakich et.al. , **ibid.**,p. 219. -٤٤
- Ibid.** , p. 216. -٤٥
- Chester Barnard , **The Function of Executive** (Cambridge , Massachusetts: Harvard University Press , 1938) , p. 256. -٤٦
- Beaufort B. Longest , **op.cit.**, p.161. -٤٧
- Richard Scott, " Managing Professional Work " , **Health Services Research** , Vol. 17 , Fall 1982 , pp. 213-240. -٤٨
- Beaufort B. Longest , **ibid.**, pp.162-163. -٤٩
- ٥٠ حسان حريستانى، **مصدر سابق ورد ذكره**، ص ١٣٥.
- Peter Blam and Richard Scott, **Formal Organizations** (California: San Fransico: Chandler Publishing Corporation , 1962), p. 6. -٥١
- Beaufort B. Longest , **op.cit.**, p.110. -٥٢
- T.M. Mills , **The Sociology of Small Groups** (Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall , 1967) , p. 2. -٥٣
- Jonathon Rakich et.al. , **op.cit.**,p. 226. -٥٤
- Ibid.** , p. 226. -٥٥
- Beaufort B. Longest , **op.cit.**, p.111. -٥٦

Ibid. , pp.111-112. -٥٧

Ibid. , p.112. -٥٨

٥٩- للتوسع حول هذا الموضوع، انظر:

Ibid. , pp.115-116.

Ibid. , p.117. -٦٠

Jonathon Rakich et.al. , **op.cit.**, p. 230. -٦١

Henry Minitzberg , **op.cit.**, p. 20. -٦٢

Jonathon Rakich et.al. , **ibid.**, pp. 231-234. -٦٣

مراجع الفصل الثالث

أولاً - المراجع العربية:

- ١- أنور رسلان، القانون الإداري السعودي: تنظيم الإدارة العامة ونشاطها: دراسة مقارنة (الرياض: معهد الإدارة العامة، ١٩٨٨).
- ٢- حسان حرسثاني، إدارة المستشفيات (الرياض: معهد الإدارة العامة، ١٩٩٠).
- ٣- سهام حجازي، الإدارة في المنظمات الصحية: بالتطبيق على المنظمات الصحية في دولة الكويت، (الكويت: الهيئة العامة للتعليم التطبيقي والتدريب، ١٩٨٨).
- ٤- علي العبيد أحمد، مذكرة في التحليل التنظيمي (الرياض: معهد الإدارة العامة، بدون تاريخ).

ثانياً - المراجع الأجنبية:

- 1- Beaufort B. Longest , Management Practices for the Health Professional , 4th ed. (Norwalk, Connecticut: Appleton and Lange , A Publishing Division of Prentice Hall , 1990).
- 2- Chester Barnard , The Function of Executive (Cambridge , Massachusetts: Harvard University Press , 1938).
- 3- G. Ross Baker et.al. , " Organizational Designs for Health Care " , The AUPHA Manual of Health Services Management , Edited by Robert Taylor and Susan Taylor (Gaithersburg, Maryland: Aspen Publishers, Inc. , 1994).
- 4- Harold Koontz and Cyrill O'Donnel , Principles of Management (N.Y.: McGraw Hill Book Company , 1964).
- 5- Henry Minitzberg , The Structuring of Organizations (Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall , 1979).
- 6- James Gibson et.al. , Organizations: Behavior , Structure , Process , 7th ed. (Homeland, Illinois: Richard D. Irwine, Inc., 1991).
- 7- Jonathon Rakich et.al. , Managing Health Services Organizations , 3rd ed. (Baltimore, Maryland: Health Professions Press , 1992).
- 8- Peter Blam and Richard Scott, Formal Organizations (California: San Fransico: Chandler Publishing Corporation , 1962).

- 9- Richard Hodgetts and Dorothy Cascio , Modern Health Care Administration (N.Y.: Academic Press , Inc. , 1983).
- 10- Richard Scott, " Managing Professional Work " , Health Services Research , Vol. 17 , Fall 1982.
- 11- Seth Allcorn , " Using Matrix Organization to Manage Health Care Delivery Organizations " , Hospital and Health Services Administration Journal , Vol. 35, No.4 , Winter 1990.
- 12- Stephen Shortell and Arnold Kaluzny , Health Care Management: A Text in Organization Theory and Behavior , 2nd ed. (N.Y.: John Wiley and Sons , 1988).
- 13- T.M. Mills , The Sociology of Small Groups (Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall , 1967).

الفصل الرابع

الرقابة على خدمات الرعاية الصحية وتقييمها

Controlling and Evaluating Health Care Services

لقد زادت الحاجة إلى التركيز على عمليات الرقابة على خدمات الرعاية الصحية وتقييمها، مع ازدياد الضغوط المالية التي تواجه نظم تقديم خدمات الرعاية الصحية حالياً فى أكثر دول العالم، وتَطَلُّع المواطنين فيها إلى الحصول على أفضل مستويات الرعاية. وتعد هذه العمليات جهداً معقداً، لكل من الحكومات، وممولى خدمات الرعاية الصحية، ومقدميها، والمستفيدين منها.

وينطوى هذا الفصل على نظرة شاملة إلى مفهوم الرقابة وعناصرها، ومستوياتها، وأنواعها، ووسائلها، والفرق بينها وبين التقييم. ثم يتعرض بشيء من التفصيل إلى موقع التقييم فى العملية الإدارية، ومقوماته الموضوعية، والقضايا الرئيسية المرتبطة بتقييم خدمات الرعاية الصحية، وأساليب النهوض بفعالية هذه الخدمات، وكفائها، وإنتاجيتها، ومستوى جودتها، وذلك على النحو الآتى:

أولاً- مفهوم الرقابة وعناصرها:

تعد الرقابة، وظيفة رئيسية، من وظائف العملية الإدارية المتمثلة فى التخطيط والتنظيم والتوجيه والرقابة والتنسيق. ويقصد بها التحقق والتأكد المتواصلين من أن أعمال المنظمة، تسير وفقاً لما هو مرسوم لها، من نظم وتعليمات وضوابط ومعايير، لتحقيق أهدافها المحددة، بكفاءة وفعالية عاليتين. كما يقصد بها التعرف على مدى تطابق تنفيذ الأعمال مع الخطط والتدابير الموضوعية لها، وتصحيح ما قد يطرأ عليها من مشكلات أو معوقات أو انحرافات.

وضمن هذا السياق يرى الدكتور "الجشى" أننا قلما نستفيد من الرقابة على الرغم من كثرة استعمالنا لها. وقد ردَّ سبب ذلك إلى ما يلى^(١):

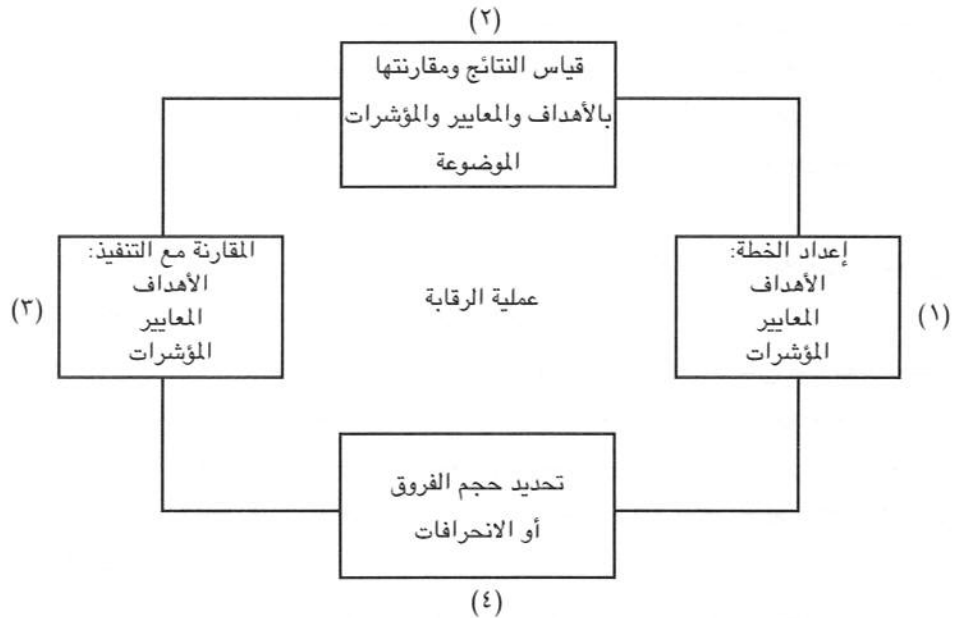
"لا تكون عملية الرقابة ذات فائدة ما لم تكن مرتبطة بخطة تتم على ضوءها عملية الرقابة، ومع انعدام التخطيط تنعدم فائدة الرقابة، ولكن لا ينعدم استعمالها بالطبع، حيث تتحول عملية الرقابة من وضعها الطبيعى المفيد إلى (مركزية القرار) و (الحد من الصلاحيات) والإكثار من (المدققين) و(عمليات المراجعة) مما يبطئ سير العمل، ويؤدى إلى خفض فعالية التنظيم".

وقد لخص الدكتور "الحيدر" العناصر الرئيسية التى اشتملت عليها تعريفات بعض رواد الإدارة للعملية الرقابية على النحو التالى^(٢):

- وجود أهداف واضحة ومحددة مسبقاً.
- وجود معايير ومؤشرات متفق عليها.
- قياس النتائج ومقارنتها بالأهداف والمعايير.
- تحديد حجم الفروق أو الانحرافات، في حال وجودها.
- دراسة أسباب الفروق أو الانحرافات وتحديدها وتحليلها واتخاذ ما يلزم من إجراءات تصحيحية لتعديلها.
- متابعة تنفيذ الإجراءات التصحيحية.

ويصور الشكل رقم (١) العناصر الرئيسية التي تشتمل عليها عملية الرقابة. كما يوضح الشكل رقم (٢) الخطوات الرئيسية لهذه العملية من ناحية تطبيقها العملي.

الشكل رقم (١) العناصر الرئيسية لعملية الرقابة*

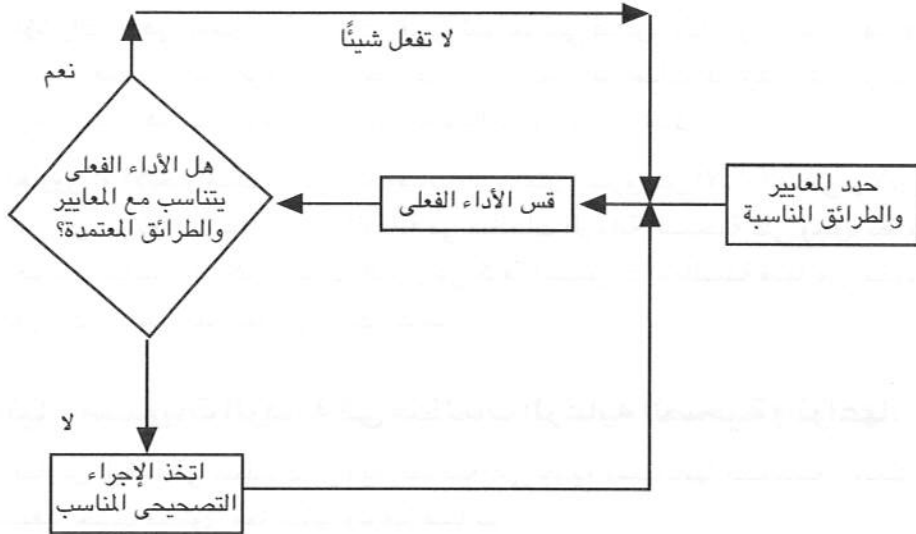


* جميل الجشي، التقنية الإدارية في مشاريع التنمية الإنشائية، الطبعة الأولى (جدة: تهامة للنشر،

١٩٨٧)، ص ٥١.

الشكل رقم (٢)

الخطوات الرئيسية فى عملية الرقابة*



* Beaufort B.Longest, Management Practices for the Health Professional, 4th ed. (Norwalk , Connecticut : Appleton and Lange, A Publishing Division of Prentice Hall , 1990).

وعلى ضوء ما سبق نرى لزماً علينا توضيح المقصود ببعض المصطلحات ذات الصلة بهذه العملية:

- المعايير: وهى المستويات التى تقاس بها الأعمال على ضوء الخطط والضوابط الموضوعية لها، مثل: اللوائح المالية، ولوائح خدمة العاملين، وإدارة المواد، والهيئة الطبية السريرية، ومعايير التشغيل التى يتم اعتمادها من قبل منظمات الرعاية الصحية، كذلك الموضوعية من قبل الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية The Joint Commission on Accreditation of Health Organizations. ويمكن أن تكون هذه المعايير:

- كَمِيَّة: حين تعطى قيمة عددية. مثل : معيار تحصين جميع الأطفال ضد مرض شلل الأطفال فى وقت معين.

- **أو كيفية:** حين تُعيَّن بالوصف. مثل: معيار توفير مياه شرب سليمة للسكان.
- **أو شرطية:** حين تحدد لها مواصفات أو قواعد أو شروط. مثل: المعايير التي توضع لشراء الأدوية والأجهزة الطبية.
- **المؤشرات:** وهى متغيرات أو أدوات رقابية تساعد على قياس الأداء أو الإنجاز. فمثلاً إذا كان هدف منظمة الرعاية الصحية تدريب عدد من الممرضات، فالمؤشر المباشر فى الرقابة عندئذ هو عدد هؤلاء الممرضات المنتظمت فى التدريب مثلاً.
- **الفروق أو الانحرافات:** وهى المعلومات التى تمثل الفرق بين الأداء الفعلى والأداء المعيارى. ويتوقف نجاح عملية الرقابة فى منظمات الرعاية الصحية على وجود نظام معلومات مناسب، لتمكين متخذى القرار فى كافة المستويات التنظيمية فيها من اتخاذ القرارات الرقابية المناسبة فى الوقت المناسب.

ثانياً - مستويات الرقابة فى منظمات الرعاية الصحية وأنواعها:

تمارس الرقابة فى منظمات الرعاية الصحية على جميع مستوياتها التنظيمية. ويمكن تصنيفها حسب مستوى ممارستها ونوعها فيما يلى:

- **رقابة خارجية:** وهى التى تقوم بها عادة الجهة المالكة للمنظمة أو المشرفة عليها أو كلاهما معاً. وفى المملكة العربية السعودية تخضع معظم منظمات الرعاية الصحية الحكومية لرقابة الجهات المختصة فى وزارة الصحة، كل فيما يخصها، كما تخضع لرقابة الأجهزة المركزية الأخرى فى الدولة، مثل هيئة الرقابة والتحقيق التى تقوم بالرقابة على انتظام الموظفين والتحقيق مع المقصرين منهم فى واجباتهم والمتجاوزين للأنظمة، وديوان المراقبة العامة الذى يتولى الرقابة المالية على أجهزة الدولة. أما منظمات الرعاية الصحية التابعة للقطاع الأهلى فتخضع لرقابة مديريات صحة المناطق، التى تقوم بصفة مستمرة بالتأكد من مدى امتثال هذه المنظمات للأنظمة والتعليمات المعتمدة لها.
- **رقابة داخلية:** وهى الرقابة التى تتم من داخل المنظمة، وتشمل ما يلى:

- **الرقابة من خلال التدرج الهرمى للسلطة:** حيث يقوم كل مدير أو مشرف بالرقابة على أداء مرؤوسيه والتحقق المستمر من حسن إنجازاتهم. ويمكن تقسيم هذا النوع من الرقابة إلى رقابة شاملة وأخرى تخصصية. وتقوم بالأولى عادة الإدارة العليا فى المنظمة للتأكد من مدى بلوغ أهدافها أو تلك التى تؤدى إلى تحقيقها كالمعايير

والمؤشرات. أما الرقابة المتخصصة فهي التي تقوم بها وحدة أو وحدات مختصة في المنظمة كلٌ فيما يخصها، مثل وحدة شؤون الموظفين للرقابة على انتظام الموظفين، ووحدة الصيدلة للرقابة على أحسن الطرق لترشيد استخدام الأدوية والعقاقير، ووحدة الصيانة للرقابة على الصيانة الوقائية والمبرمجة للأجهزة والمعدات وشبكات الكهرباء والماء والصرف الصحي، وأجهزة الغلايات والمبردات وغيرها، ووحدة إدارة المواد للرقابة على سلامة تخزينها وحركتها وأوجه صرفها، ووحدة الشؤون المالية التي تختص بالرقابة على حسن تطبيق الأنظمة المالية وسلامة الصرف المالي المعتمدة بمختلف وحدات منظمة الرعاية الصحية.

– **الرقابة الذاتية:** وتقوم بها عادة تنظيمات الهيئة الطبية والهيئة التمريضية التي تراقب مدى امتثال هيئة أعضائها للوائحها وتعليماتها المنظمة للعمل الطبي والسريري فيها. ويدخل ضمن هذا النوع من الرقابة رقابة اللجان الطبية والفنية الأخرى، مثل لجنة السيطرة على العدوى، ولجنة الوفيات، ولجنة التثبث من الجودة Quality Assurance، ولجنة مراجعة الاستخدام، ولجنة ترشيد استخدام العقاقير الطبية والمستهلكات الصيدلانية، ولجنة السجلات الطبية.

ثالثاً - وسائل الرقابة في منظمات الرعاية الصحية:

توجد وسائل متنوعة للرقابة على أداء منظمات الرعاية الصحية من أهمها:

– **الملاحظة الشخصية:** لمدير الوحدة التنظيمية، أو المشرفين فيها، على أداء العمل، وتحديد أوجه القصور التي قد تظهر في الأداء، أو ما يواجه الأداء من صعوبات والعمل على حلها.

– **التقارير:** التي يرفعها المشرفون المباشرون عن التابعين لنطاق إشرافهم إلى رؤساء الأقسام، وتلك التي يرفعها رؤساء الأقسام إلى مديري الوحدات التنظيمية بالإدارة العليا. وتعد هذه التقارير وسيلة رقابية مهمة بما تتضمنه من بيانات ومعلومات عن سير العمل في مختلف الوحدات التنظيمية في المنظمة ومستويات العاملين فيها وأدائهم.

– **التعاميم:** المتعلقة بالتوجيهات والتعليمات والضوابط الرقابية المنظمة لسير العمل.

– **قوائم المراجعة المالية والمحاسبية:** للوقوف على الأرباح والخسائر والمركز المالي والتدفقات النقدية والمؤشرات والنسب المالية في المنظمة.

– **التحليل الشبكي Network Analysis**: تلجأ أغلب منظمات الرعاية الصحية ذات الشأن إلى استخدام أساليب التحليل الشبكي وسائل للرقابة على حسن تنفيذ الأنشطة المختلفة لخطط المنظمة وبرامجها. ومن أهم أساليب التحليل الشبكي، مخططات جانت Gantt Charts، وطريقة تقييم البرامج ومراجعتها PERT- Program Evaluation and Review Technique وفي كلا الأسلوبين يتم تحديد الأنشطة الرئيسية للخطوة أو البرنامج المزمع تنفيذه، وتصنيفها إلى أنشطة مترابطة وأخرى غير مترابطة يعتمد تنفيذها على مدى علاقة ارتباط بعضها ببعض، وتحديد الوقت اللازم لإنجاز كل نشاط. ويمكن استخدام الأسلوب الأول للخطط والبرامج البسيطة التي لا تشتمل على تفاصيل كثيرة للأنشطة المزمع تنفيذها. بينما يتيح الأسلوب الثاني استيعاب هذه التفاصيل ضمن شبكة يتم فيها تحديد المسار الحرج Critical Path الذي يمثل أقصر مدة ممكنة يمكن من خلالها تنفيذ الخطوة أو البرنامج^(٥). ويوضح الشكل رقم (٣) خطة زمنية لتنفيذ برنامج تدريبي للممرضات، وفق مخطط "جانت Gantt"، في حين يوضح الجدول رقم (١) والشكل رقم (٤) خطة زمنية لإنشاء عيادة جديدة لرعاية الأطفال حسب أسلوب تقييم البرامج ومراجعتها.

الشكل رقم (٣)

الخطة الزمنية لتنفيذ برنامج تدريبي للممرضات وفق مخطط "جانت Gantt"

الوقت المطلوب للإنجاز (بالأسبوع)

النشاط أو الحدث	١	٢	٣	٤	٥	٦	٧	٨	٩	١٠
١- مناقشة البرنامج المطلوب	■									
٢- تصميم البرنامج		■								
٣- إعداد الحقائق			■							
٤- إعداد المعينات التدريبية				■						
٥- اختيار المتدربين		■								
٦- ترتيب الزيارات والتطبيقات العملية					■					
٧- حجز مكان للتدريب		■								
٨- بدء البرنامج								■		

* المصدر: المؤلف.

الجدول رقم (١)

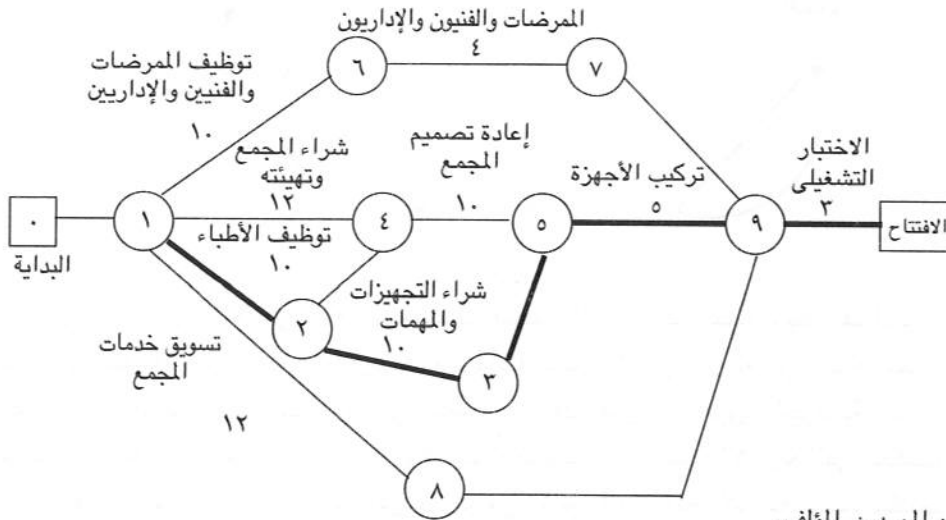
الخطة الزمنية لبرنامج إنشاء مجمع لعيادات الأطفال*

النشاط أو الحدث	الوقت اللازم للإنجاز (بالأسبوع)	النشاط السابق للتنفيذ Precursor
١ شراء المجمع وتهيئته	١٢	-
٢ توظيف الأطباء	١٠	-
٣ شراء التجهيزات والمهمات	١٠	٢
٤ إعادة تصميم المجمع	٧	٢، ١
٥ تركيب الأجهزة	٢	٤، ٣
٦ توظيف الممرضات والفنيين والإداريين	١٠	-
٧ تدريب الممرضات والفنيين والإداريين	٤	٦
٨ تسويق خدمات المجمع	١٢	-
٩ الاختبار التشغيلي والافتتاح	٣	٨، ٧، ٥

* المصدر: المؤلف.

الشكل رقم (٤)

الشبكة المقترحة لمجمع عيادات الأطفال الأصحاء باستخدام أسلوب تقييم البرامج ومراجعتها*



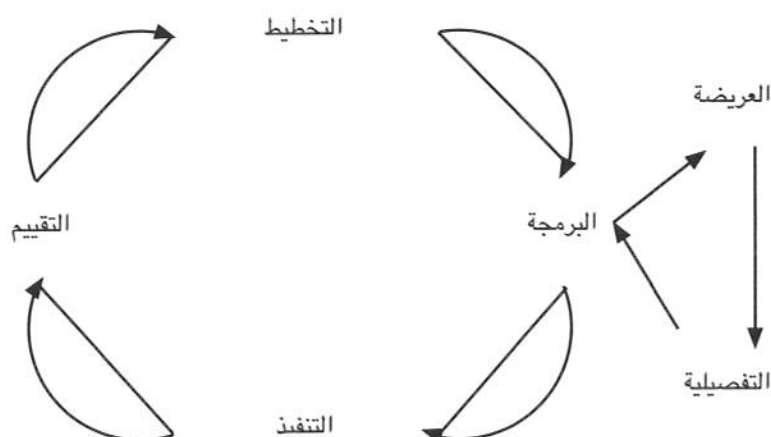
* المصدر: المؤلف.

ملاحظة: يصور الخط الداكن المسار الحرج في هذه الشبكة، وتبلغ مدة تهيئة هذا المجمع حتى افتتاحه، طبقاً لهذا المسار، (٢٥) أسبوعاً، وهي تمثل أقصر فترة ممكنة لافتتاحه.

رابعاً - مفهوم تقييم خدمات الرعاية الصحية:

يمثل التقييم عنصراً مهماً من العملية الكلية للنظام الرقابى فى منظمات الرعاية الصحية. وفى هذا الصدد عرّف الدكتور " الفرائضى " التقييم بأنه " قياس الأداء أو الإنجاز بمعايير محددة، وذلك لكشف الانحراف عن تلك المعايير، وتصحيحه، بهدف التأكد من أن الأعمال تسير فى اتجاه الأهداف سيراً مُرضياً"^(٦). ويبدو من هذا التعريف أن الرقابة والتقييم عمليتان متشابكتان، بل يمكن اعتبارهما عملية واحدة، نظراً لارتباط الرقابة بوظائف العملية الإدارية المبنية على التخطيط، وارتباط التقييم بحلقة التخطيط، كما يوضحها الشكل رقم (٥) أدناه.

الشكل رقم (٥)
المراحل الرئيسية لحلقة التخطيط



ويرى الدكتور " الحيدر " أنه رغم تشابك عمليتي الرقابة وتداخلهما، يظل هناك فرق جوهري بينهما. وهو أن عملية الرقابة تعد عملية مستمرة، فى حين تعتبر عملية التقييم عملية مرحلية، قد تكون منتظمة أو غير منتظمة^(٧). وقد يكون من الفروق الجوهرية، أيضاً، نمطية موضوعات الرقابة ووضوحها، ولا سيما موضوعات الرقابة الإدارية التى تحكمها ضوابط ومعايير واضحة منصوص عليها فى الأنظمة واللوائح الإدارية، بينما يكتنف موضوعات عملية التقييم صعوبة أكبر فى وضع معايير كمية وضوابط متفق عليها لاستخدامها وسائل للتقييم. ولا سيما فى قطاع خدمات الرعاية الصحية التى لا تخضع

طبيعة أنشطتها في الغالب لقياس ما تم تحقيقه حسب معايير كمية مقررة سلفاً، بل يستعاض عنها في كثير من الأحيان بأحكام نوعية مدعومة بمعلومات كمية موثوق بها. وهذا الأمر، كما يرى الدكتور "الحيدر"، قد يكون الدافع الرئيس لاتجاه العديد من الباحثين في علم الإدارة الصحية إلى إجراء مزيد من الدراسات والأبحاث العلمية في مجال تقييم خدمات الرعاية الصحية^(٨).

من هنا تتبين الاختلافات الجوهرية بين تعريف كل من الرقابة الذي سبقت الإشارة إليه في مطلع هذا الفصل، والتعريفات التي أوردها بعض رواد الإدارة الصحية للتقييم أمثال "شورتل Shortell، وريتشاردسون Richardson، وكالوزنى Kaluzny، وفيني Veney". وقد عرفه الأولان بأنه يدور في جوهره حول استخدام المنهجيات والتصاميم العلمية المناسبة لتقدير درجة بلوغ مجموعة الأنشطة المنظمة للأهداف المحددة لها^(٩). في حين عرفه الآخرون من الناحية الوظيفية بأنه يتناول جمع المعلومات وتحليلها باستخدام مختلف الإستراتيجيات المنهجية لتحديد مدى تلبية أنشطة الخدمة الصحية لمتطلبات المجتمع الصحية Relevance، وبيان تقدم مسيرتها Progress، وكفائتها، وفعاليتها، وتأثيرها Impact في إحداث التغييرات المطلوبة في تلبية متطلبات المجتمع واحتياجاته الصحية^(١٠). أما منظمة الصحة العالمية، فقد عرفت من منظور شامل بأنه^(١١):

"طريقة منهجية للتعليم من التجربة والاستفادة من الدروس التي تم تلقيها لتحسين الأنشطة الجارية، ورفع مستوى التخطيط بالاختبار الدقيق للبدائل من أجل العمل المقبل. ويتضمن ذلك تحليلاً ناقداً لمختلف جوانب إعداد أى برنامج مع الأنشطة التي يتكون منها وتكييفه، وملائمته وصياغته، وكفائته وفعاليتها وتكاليفه، وقبوله لدى كافة الأطراف المعنية".

وترى المنظمة أن الغرض الرئيسى من التقييم - كعنصر أساسى من عناصر العملية الإدارية للتنمية الصحية الوطنية - هو "تحسين البرامج الصحية والخدمات المقدمة، وتوجيه تخصيص الموارد البشرية والمالية في البرامج والخدمات الحالية والمقبلة"^(١٢). وترى أيضاً أن الخوض في عملية التقييم يؤدي إلى فهم أكثر للأنشطة التي يجرى تقييمها، بما يكفل الخروج بمنهج بناء أفضل لتنفيذها وللقيام بأى عمل تقتضيه في المستقبل^(١٣).

خامساً- موقع التقييم في العملية الإدارية:

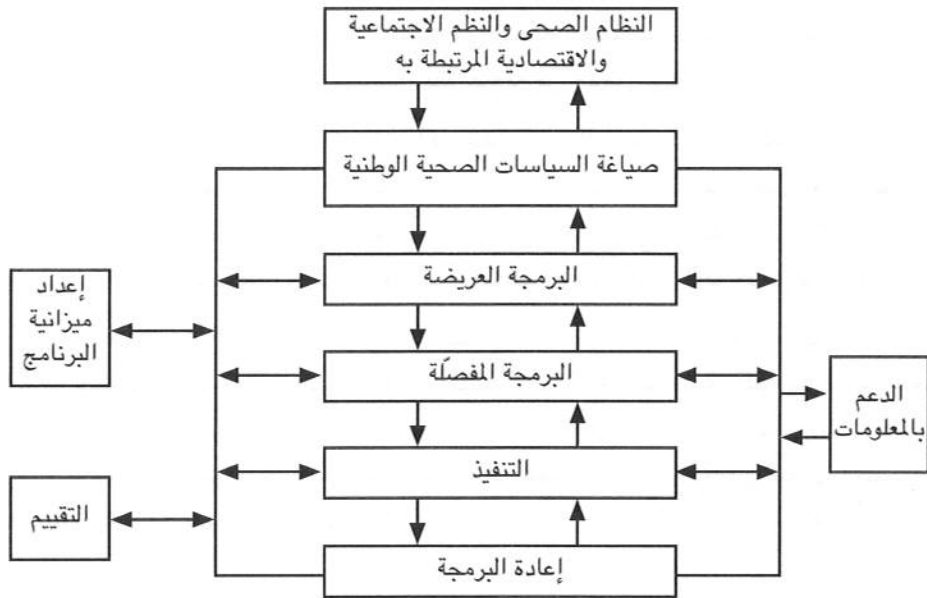
يعد تقييم برامج وخدمات الرعاية الصحية عنصراً رئيسياً من عناصر العملية الإدارية للتنمية الصحية الوطنية الشاملة. ويبين الشكل رقم (٦) موقع التقييم في هذه العملية

استناداً إلى كتيب أصدرته منظمة الصحة العالمية عن العملية الإدارية للتنمية الصحية الوطنية دعماً لإستراتيجيات توفير الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠^(١٤).

ومن هذا الشكل تتضح الأوجه المتعددة للتقييم في هذه العملية، سواء أكان ذلك على مستوى إعادة البرمجة عموماً، أم على مستوى تقييم فعالية تنفيذ البرامج والخدمات القائمة وكفائها، أم في إعادة النظر في البرمجة العريضة والتفصيلية لها، أم على مستوى صياغة السياسات الصحية الوطنية. والتقييم كما يظهر من هذا الشكل يعد عملية متواصلة تستهدف تصحيح الأعمال وتطويرها في كل مرحلة من مراحل العملية الإدارية بهدف جعل الأنشطة الصحية أكثر ملائمة ومواكبة لاحتياجات السكان الصحية وتحسين أساليب تقديمها، بما يتناسب والإمكانات المتاحة لها. ويتضح من هذا الشكل أيضاً ضرورة دعم التقييم وسائر مراحل العملية الإدارية بمعلومات مناسبة وموثوقة وملائمة ودقيقة.

الشكل رقم (٦)

موقع التقييم في العملية الإدارية للتنمية الصحية الوطنية*



*World Health Organization, "Health Program Evaluation : Guiding Principles", Health for all Series, No. 6 (Geneva: World Health Organization, 1981),p13.

سادساً - المقومات الموضوعية فى عملية تقييم خدمات الرعاية الصحية:

ينبغى أن تراعى عملية تقييم خدمات الرعاية الصحية المقومات الآتية^(١٥، ١٦):

- ١- تحديد المشكلة أو الموضوع المراد تقييمه وبيان الغرض منه بصفة عامة. سواء أكان الموضوع تقييم برنامج صحى، مثل التوعية الصحية، أم تقييم خدمة صحية، مثل العيادات الخارجية، أم تقييم منظمة صحية، مثل المستشفى أو المستوصف.
- ٢- تأمين المعلومات المناسبة والكافية للموضوع المراد تقييمه ضمن الوقت المحدد للدراسة.
- ٣- أن يكون الموضوع المراد تقييمه أو دراسته مرتبطاً أو متلائماً مع إطاره المرجعى Term of Reference أو خلفيته العامة General Background. فإذا كان الموضوع تقييم سياسة صحية، حينئذٍ قد يطرح التساؤل حول مدى ملائمة ارتباطها بالسياسات الاجتماعية والاقتصادية الشاملة أو انعكاساتها عليها.
- ٤- أن يتم تحديد الموضوع المراد تقييمه، أو مشكلة البحث، تحليلاً كافياً ودقيقاً من حيث وضوح صياغتها، وأهميتها، وأبعادها الرئيسية من حيث حجمها، وشدها Severity، وتواتر حدوثها، وانتشارها، والتأثيرات المترتبة على عدم مواجهتها.
- ٥- تحليل الجهود التى بذلت والموارد التى استخدمت لحل المشكلة أو تقليص حجمها، وذلك من خلال تحليل بعض مؤشرات التقييم التى قد ترتبط بها، مثل:
 - مراجعة مؤشر التقدم Progress Review Index فى حل المشكلة لمقارنة التنفيذ الفعلى للإجراءات المتخذة بما كان مخططاً لها.
 - تقدير مؤشر الكفاءة Efficiency Indicator لمقارنة تحليل النتائج التى تم إحرازها بالقياس إلى نسبة الجهود المبذولة والموارد المستخدمة فى حل المشكلة.
 - تقدير مؤشر الفعالية Effectiveness Indicator لتحليل درجة بلوغ الأهداف المحددة لحل المشكلة.
 - تقدير مؤشر التأثير Impact Index أو الآثار التى قد تتحقق بحل المشكلة، أى الآثار الصحية والاجتماعية والاقتصادية.
- ١- اختيار منهج أو نموذج التقييم المناسب الذى سيتبع لدراسة المشكلة (أسلوب الدراسة ومنهجها، وأدوات جمع البيانات والمعلومات المطلوبة).
- ٢- تحليل نتائج دراسة حل المشكلة واستنتاجاتها.
- ٣- تقديم التوصيات المقترحة لحل المشكلة.

سابعاً- القضايا الرئيسية المرتبطة بتقييم خدمات الرعاية الصحية:

وهناك العديد من المسائل أو القضايا المرتبطة بتقييم خدمات الرعاية الصحية، ولعل أهمها التأكد من مدى وجود نظام فعال للتخطيط الصحى، ومراقبة جودة خدمات الرعاية الصحية، وتقييم اقتصاديات تشغيلها. وفيما يلى عرض لذلك:

١- مدى وجود نظام فعال للتخطيط الصحى:

لا بد أن يقال، أولاً، إن وضع نظام فعال لتقييم الخدمات الصحية، ينبغى أن يسبقه وضع نظام فعال للتخطيط الصحى، من أجل العمل على تيسير الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية، وتيسير الحصول عليها، والتقليل من ازدواجية هذه الخدمات، وترشيد استخدام مواردها، والتأكد من تلبيتها لاحتياجات المستفيدين منها، فضلاً عن الحد من تقليل عامل المنافسة بين منظمات الرعاية الصحية، وإعطاء كل منها فرصة فى سوق خدمات المرضى Marketplace، وحماية أسواقها، والمساعدة على تنمية مواردها وتطويرها.

وسوف نلقى الضوء هنا باختصار على أهم مبادرات الحكومة الفيدرالية فى الولايات المتحدة الأمريكية، من أجل وضع نظام فعال للتخطيط الصحى للتأثير على أعمال تقييم نظام الرعاية الصحية بوجه عام، واحتواء تكاليف الرعاية الصحية بشكل على وجه الخصوص^(١٧):

أ - مبادرة برنامج "هيل - برتون" Hill - Burton Program:

عانت المستشفيات فى الولايات المتحدة الأمريكية، بعد الحرب العالمية الثانية، من نقص واضح فى مواردها. كما أن التوسع فى الضواحي كان يستدعى زيادة مواردها أيضاً لتغطية هذه الأماكن. وعلى ضوء إدراك هذه الحالة، أقر الكونغرس الأمريكى برنامج هيل - برتون المسمى رسمياً " مسح المستشفى وقانون الإنشاء لعام ١٩٤٦ ". ويعد هذا القانون أول مبادرة نظامية للتخطيط الصحى فى الولايات المتحدة، وذلك من أجل إجراء جرد للمستشفيات الموجودة، وتحديد مدى الحاجة إلى بناء مستشفيات جديدة، وإلى تجديد المستشفيات القائمة من حيث كون هذا شرطاً مسبقاً لتقديم الدعم لها من قبل الحكومة الفيدرالية.

ولم تكن أساليب التخطيط المندرجة تحت برنامج " هيل - برتون " معقدة من وجهة النظر الفنية، بل كانت بسيطة للغاية، إذ كان يكفى التعرف على نسب أسرة المستشفيات

إلى السكان. ويمكن أن يقال إن هذا البرنامج اعتمد أساساً للحد من نقص مرافق المستشفيات في المناطق الريفية والفقيرة نسبياً أو لتفادي هذا النقص. ويمكن أن يقال أيضاً إن برنامج "هيل - برتون" كان ناجحاً جداً في تأمين التمويل اللازم لإنشاء المستشفيات وتطويرها. ومع ذلك فقد استُغل هذا البرنامج في بعض المواقع التي زادت فيها أعداد أسرة المستشفيات عن حاجة المناطق التي تخدمها، ولا سيما مع التغيرات التقنية والعلمية التي أثرت لاحقاً على الممارسات الطبية والجراحية.

ومع زوال النقص الواضح في أعداد أسرة المستشفيات عدل الكونغرس الأمريكي طبيعة برنامج "هيل - برتون" ليركز في المقام الأول على إصلاح المستشفيات، وتطوير نطاق خدماتها الخارجية.

ب - المبادرات التخطيطية اللاحقة:

وبعد قانون إنشاء برنامج "هيل - برتون" تم وضع العديد من البرامج الفيدرالية لتشجيع الأنشطة التخطيطية على المستوى المحلي. فقد تم سن قانون للبرامج الطبية الإقليمية Regional Medical Programs، يتم بموجبه تقديم منح فيدرالية على المستوى المحلي، لتمويل أعمال التخطيط لخدمات الرعاية الصحية والمشروعات ذات العلاقة في مواجهة بعض مشكلات الرعاية الصحية الخاصة، مثل أمراض القلب والسرطان.

وفي منتصف الستينيات تم وضع تشريع للتخطيط الصحي الشامل Comprehensive Health Planning Legislation في إطار مبادرة من الحكومة الفيدرالية لاحتواء تكاليف برنامجي المساعدة الطبية والرعاية الطبية "الديكير والمديكير Medicare and Medicaid" المشار إليهما بشيء من التفصيل في الفصل الثامن، إضافة إلى الحد من ازدواجية الخدمات، وتيسير الوصول إليها، واحتواء تكاليفها.

وفي العام ١٩٧٤، تم تطوير هذا التشريع بصور قانون التخطيط الصحي الوطني وتنمية الموارد، الذي نصّ عملياً على إنشاء وكالات للتخطيط الصحي في كل ولاية. لتتولى كل منها كتابة تقريرها عن حجم المساعدات الفيدرالية الواجب تقديمها للمستشفيات ومنظمات الرعاية الصحية الأخرى ونوعها، من خلال آلية شهادة إثبات الحاجة Certificate of Need؛ وهي عملية تثبت بموجبها المستشفيات أو منظمات الرعاية الصحية الأخرى، التي ترفع طلباً للمساعدة المالية بهدف توسيع أو تطوير خدماتها أو مرافقها حاجتها إلى ذلك، في إطار موافقة مسبقة تتقدم بها إلى وكالات التخطيط. وبدون هذه الموافقة لا يمكن تقديم الدعم المطلوب.

هذا، ويعد قانون عام ١٩٧٤ الذى سبقت الإشارة إليه من أهم مبادرات الحكومة الفيدرالية لتعزيز التخطيط الصحى فى الولاية.

وفى عهد الرئيس رونالد ريغان، فى مطلع الثمانينيات، تطورت وكالات التخطيط، وبات يطلق عليها اسم وكالات التخطيط الصحى والتطوير، على أن يدعم كل وكالة مجلس الولاية للتخطيط الصحى ومجلس الولاية للتنسيق الصحى، من أجل وضع السياسة الصحية للولاية.

أما على المستوى المحلى، فقد تم إنشاء وكالات جديدة للتخطيط، تسمى وكالات النظم الصحية Health System Agencies. وهى شبيهة بوكالات التخطيط الصحى الشامل فى الأماكن التى توجد فيها. ومن مزايا وكالات النظم الصحية، أنها تتيح للمستفيدين من الخدمات الصحية مشاركة أكبر فى رسم السياسة الصحية المحلية، وإجراء المقابلات الشخصية مع المواطنين.

أما على المستوى الفيدرالى فيعد رسم السياسة العامة من مسؤولية وزارة الصحة والخدمات الإنسانية التى يساعدها مجلس التخطيط الصحى الوطنى National Health Planning Council.

ولتقديم دعم أكبر لوكالات النظم الصحية، عُهدَ إليها بإجراء مراجعات شهادات إثبات الحاجة، وتقديم التوصيات والمقترحات لوكالة التخطيط الصحى فى الولاية التى تتمتع بصلاحيه البت فى مسألة الموافقة أو عدم الموافقة على طلبات توسيع الخدمات أو المرافق المدرجة فى إطار قوانين إثبات الحاجة.

وعلى الرغم من الجهود الواضحة للحكومة الفيدرالية فى دعم وكالات التخطيط، كانت هذه الوكالات تواجه صعوبات عديدة أهمها:

- عدم وجود سلطة لوكالات التخطيط للتأثير على أعمال منظمات الرعاية الصحية أو وقف بعض خدماتها التى لا يحتاج إليها أفراد المجتمع.
- كان تدخل القوى السياسية ونفوذها على مراكز اتخاذ القرار يعوق الكثير من جهودها التخطيطية.
- عدم قدرتها على إجراء عمليات تقييم شاملة لخدمات الرعاية الصحية بسبب إمكاناتها المادية المحدودة.

ويشار فى هذا المجال إلى أن بعض المستشفيات، ومقدمى خدمات الرعاية الصحية الآخرين، الذين تتوافر لهم موارد مالية سنوية كبيرة، كان فى وسعهم إجراء تخطيط

تحليلي منسق لمنظمتهم من دون حاجة إلى خدمات هذه الوكالات، إضافة إلى قدرتهم في التأثير على القادة السياسيين لتأمين الدعم اللازم لمنظمتهم.

ويعتقد كل من " وليمز Williams و تورنز Torrens " أن وكالات التخطيط الصحي في أمريكا لم تكن فعالة، بسبب عدم قدرتها على الرقابة الشاملة على الموارد الصحية، واحتواء تكاليف الرعاية الصحية، وذلك على عكس التدخل الرسمي للحكومة الذي كان فعالاً في الرقابة على مجالات عديدة ذات صلة بخدمات الرعاية الصحية، مثل النظافة والأغذية والأدوية والحرائق وإجراءات السلامة.

وعلى ضوء ما تقدم، يمكن أن يقال إن وضع نظام فعال لتقييم خدمات الرعاية الصحية لا بد أن يسبقه وضع نظام فعال للتخطيط الصحي.

٢- مراقبة جودة خدمات الرعاية الصحية:

تعد مراقبة الجودة من المسائل المهمة المرتبطة بتقييم خدمات الرعاية الصحية. ولذا سوف نتناول، تباعاً، بالعرض والتحليل، تعريف جودة الرعاية الصحية، ومفهوم تقديرها مقابل التحقق منها، والمقاييس المستخدمة في تقديرها، والتحقق من بلوغها.

أ - تعريف الجودة:

عرف الجودة "دونابيديان Donabedian"، الملقب بعميد الجودة، بأنها " صفة الرعاية التي يتوقع من خلالها الارتقاء بمستويات تحسين حالة المريض الصحية، بعد أن يؤخذ في الحسبان، التوازن بين المكاسب والخسائر التي تصاحب عملية الرعاية في جميع أجزائها"^(١٨). كما عرفها بأنها " القدرة على تحقيق أهداف مرغوبة باستخدام وسائل شرعية أو صحيحة"^(١٩). وعرفها، أيضاً، من ناحية عملية، بأنها درجة التميز أو التوافق مع المقاييس والمعايير الموضوعية^(٢٠). وبلا شك يعد تعريفها مهمة صعبة، كما أن وضع المقاييس لتقدير الجودة، والتحقق منها، يعد تحدياً آخر بحد ذاته. وحتى الأطباء يجدون صعوبة في تحديد ماهية المستوى المرتفع لجودة الرعاية الطبية.

ومن وجهة نظر المجتمع، يظل السؤال المطروح: ما هو مستوى الجودة المرغوب في الوصول إليه لضمان تحقيقها لجميع المواطنين؟ فالمواطنون يرغبون في الحصول على أفضل مستوى لجودة الرعاية الطبية أو ضمان التأكد من أنهم يحصلون على الحد الأدنى من جودة الرعاية^(٢١).

وكان "دونابيديان" قد قدم في عام ١٩٦٦ شرحاً مطولاً لنموذجه المتكامل في تعريف جودة الرعاية الصحية. وقد حدد فيه بدقة الخطوط العريضة للأبعاد الثلاثة المتداخلة

والمتشابهة لتعريف الجودة. والمتمثلة في كل من: هيكل الرعاية، عملية الرعاية، ونتائج أو مخرجات الرعاية^(٢٢، ٢٣):

وفيما يرى "دونايديان" يتألف بُعد هيكل الرعاية من عناصر مثل: الوقوف على إستراتيجية منظمة الرعاية الصحية، ومرافقها وتسهيلات، والأجهزة، والأموال، والموظفين، والموارد الأخرى الموجودة فيها، والتي يؤلف بعضها مع بعض، النظام الذي يتم من خلاله تقديم الخدمات المطلوبة. أما بُعد الجودة المتعلقة بعملية الرعاية فيتألف من تلك الخصائص المتعلقة بتقديم الخدمة نفسها، مثل: ملائمة تقديم الخدمة وسلامتها، والإحساس بالخدمة التي يتلقاها المستفيد والتي تؤثر على نتيجة الرعاية أو نتائجها. في حين يمثل البعد المتصل بنتائج الرعاية نتاج الإجراءات المتخذة في عملية تقديم الرعاية.

ولا شك أن أيّاً من الأبعاد الثلاثة التي حددها "دونايديان" يمكن أن يفسّر الجودة بمفرده أو على نحو مستقل. ولكن ينبغي أن يتم الحكم على الجودة من خلال مفهوم العلاقة المتداخلة والمتشابهة بين كل من الهيكل، والعملية، والنتائج؛ أي أن مستوى العمل يتعزز من خلال بُعد الهيكل وعملية الرعاية (أو ينخفض) ليؤدى إلى نتائج أفضل (أو أسوأ) للمرضى الذين تقدم لهم الخدمة.

وظل "دونايديان" ثلاثين سنة يحاول بلورة نموذج السابق للحكم على جودة الرعاية الصحية من خلال منظور شامل. وخلال تلك الفترة، أيضاً، توسع مفهوم جودة الرعاية الصحية ليشمل "تلبية احتياجات المستفيد الداخلية والخارجية وتوقعاته". وقد نجم هذا التغيير عن تطبيق إجراءات كل من "كروسبى Crosby عام ١٩٨٤، وديمينج Deming، عام ١٩٨٦ وعام ١٩٩٣، وجوران Juran عام ١٩٨٩"، وآخرين، فيما يتعلق بمبادئ الجودة وأسسها وممارساتها وأساليبها في مختلف المنظمات^(٢٤).

فقد عرفها "ديمنج" بأنها تحقيق احتياجات وتوقعات المستفيد حاضراً ومستقبلاً، في حين رأى "جوران" أنها ملائمة المنتج أو الخدمة للاستخدام. أما كروسبى فقد نظر إليها من خلال أداء العمل على وجهه الصحيح منذ المرة الأولى، وفي كل مرة. كما نظر إليها في السياق نفسه على أنها تقديم خدمات أو منتجات خالية من العيوب والشوائب. في حين رأى "إيشيكوا Ishikawa" امتيازاً في تقديم الخدمة أو المنتج للمستفيد^(٢٥، ٢٦).

وفي مجال خدمات الرعاية الصحية قدم كل من "كالوزنى Kaluzny، وماكلوفلين McLaughlin، وكيب Kibbe تعريفاً جديداً للجودة بأنها مدى التوافق أو عدم التوافق

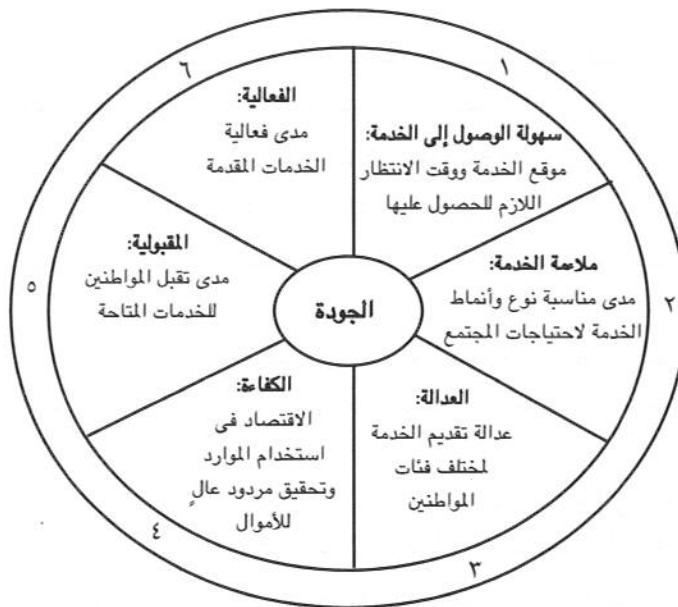
مع توقعات المستفيدين الداخليين والخارجيين واحتياجاتهم (مثل: المرضى وأسرهم، والأطباء، وأرباب العمل، والموظفين)^(٢٧).

ويرى "ماكسويل Maxwell" أنه يمكن التحقق من مدى توافق الخدمة الصحية، أو عدم توافقها مع توقعات المستفيدين منها، حسب التعريف السابق للجودة، من خلال دراسة العناصر التالية (الشكل رقم ٧)^(٢٨):

- سهولة الوصول إلى الخدمة: موقع الخدمة ووقت الانتظار اللازم للحصول عليها.
- ملائمة الخدمة: مدى ملائمة نوع الخدمة وأنماطها لاحتياجات المجتمع.
- العدالة: العدالة في تقديم الخدمة لمختلف فئات المجتمع.
- الكفاءة: الاقتصاد في استخدام الموارد وتحقيق مردود عالٍ للأموال الموظفة.
- المقبولية: مدى تقبل المواطنين للخدمات المتاحة.
- الفعالية: مدى فعالية الخدمات المقدمة.

الشكل رقم (٧)

عناصر الجودة ذات الصلة بتوقعات المستفيدين*



* طلال الأحمدي، إدارة الجودة الشاملة: تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية وضمان استمرار الالتزام بها، (كتاب مترجم)، الأصل لهيو كوش (الرياض: معهد الإدارة العامة، ٢٠٠٢)، ص ١٨.

وفى إطار السياق السابق، يرى "مجلس المنطقة الغربية للخدمات الصحية والاجتماعية" فى المملكة المتحدة، أن أفضل تعريف للجودة هو^(٢٩):

"ذلك التعريف الذى يتيح للمستفيدين مزيداً من فرص فهم نظام الخدمة الصحية الوطنية. ولذلك يعد تحديدنا للمستفيدين على اختلاف أشكالهم أولاً، ثم الوقوف على وجهات نظرهم فى مسألة حسن الرعاية الطبية وغير الطبية المقدمة لهم ثانياً، أمراً حاسماً، عند تقدير جودة الرعاية. ومن الأمور التى نتوقعها نحن المستفيدين أو العملاء، لجودة الخدمة التى نقف عندها بصدد حاجتنا إلى تلقى الرعاية الصحية، سهولة الحصول على الخدمة الصحية بأقل وقت انتظار ممكن".

ويمكن تعريف جودة الرعاية الصحية، فى ضوء التعريفات السابقة، بأنها أسلوب أو منهج تتبعه إدارة منظمة الرعاية الصحية للتحقق من حسن إتقان العمل المؤدى، من مختلف جوانبه: الفنية (حسن التدبير التقنى للرعاية الطبية) والسلوكية (حسن التفاعل بين مقدم الخدمة والمستفيد منها) والمالية (تقديم الخدمة بأقل التكاليف الممكنة)، واتخاذ ما يلزم من تدابير وإجراءات من أجل النهوض به على نحو مستمر، وذلك فى إطار الأهداف الرئيسية التالية^(٣٠):

- تلبية منظمات الرعاية الصحية لرغبات المستفيدين منها، على النحو الذى يتطابق مع توقعاتهم ويحقق رضاهم التام عن الخدمات المقدمة إليهم.
- ملازمة العلاج والرعاية المقدمين لمختلف الحالات المرضية.
- تحقيق أفضل النتائج السريرية لمختلف الحالات المرضية.
- اعتماد الإجراءات السريرية المتميزة، للحد من المضاعفات، والأحداث التى يمكن تحاشيها، أو الوقاية منها.
- تبنى العاملين لأشكال السلوك الإيجابى عند تعاملهم مع المرضى، على النحو الذى يحفظ لهم كرامتهم الفردية، والعمل على إشراكهم فى خطط الرعاية المرسومة لهم من قبل أطباءهم المعالجين.
- تأمين بيئة تساعد على سلامة المريض، وبعث الاطمئنان فى نفسه إلى سلامة الإجراءات المتخذة حيال وضعه الصحى، بحيث تحقق له الرضا والقناعة حول الإجراءات المقدمة له.
- تأمين أساليب الرعاية التى تتناسب مع ظروف المستفيدين من خدمات الرعاية المقدمة.
- ضمان الاستخدام المناسب للموارد المستهدفة.

ب - تقدير الجودة في مقابل التحقق منها Assessment Versus Assurance:

تقدير الجودة هو العملية التي يتم بموجبها قياس جودة الرعاية. وتشتمل هذه العملية على مجموعة متنوعة من المنهجيات بعضها يحتاج إلى دراسات خاصة متأنية، كما يمكن إجراء بعضها الآخر بصفة مستمرة. كما يشتمل على الأنشطة التي تتحدد بها كيفية قياس الجودة، والعوامل الخاصة بقياسها، إضافة إلى بيان طرق جمع البيانات وتحليلها وتفسيرها^(٣١).

أما التأكد أو التحقق من الجودة Quality Assurance فهو الممارسة الرسمية المنتظمة لتحديد المشكلات التي تواجه عمليات تقديم الرعاية الصحية وتصميم الأنشطة لمواجهة كل منها، واتخاذ خطوات فعالة لضمان عدم تكرارها^(٣٢).

ج - المقاييس المستخدمة في تقدير الجودة Quality Assessment Measures:

يرتكز تقدير الجودة على قياس المعايير المرتبطة بالجوانب الآتية^(٣٣، ٣٤، ٣٥):

- مقاييس هيكل أو بنية الرعاية أو مدخلاتها Structure Measures:

تركز مقاييس جودة الرعاية المتعلقة بالهيكل على البيئة التي تقدم فيها الخدمات. ويوضح الجدول الآتي رقم (٢) فئات المقاييس الهيكلية المتعلقة بجودة الرعاية الصحية:

الجدول رقم (٢)**مقاييس الجودة المرتبطة بهيكل الرعاية**

البيان	المقياس
المرفق	- الترخيص - توافر الأجهزة والإمدادات. - الالتزام بالضوابط والاشتراطات الصحية وشروط السلامة. - تعيين الهيئة الطبية ومراجعة المؤهلات والخبرات المطلوبة.
القوى العاملة	- الترخيص المهني لهيئات التمريض والهيئات الطبية المساعدة الأخرى. - شهادات البورد ذات الصلة بتخصصات الأطباء.

والهيكل الذي تُقدم الرعاية من خلاله يعكس مدى ملائمة مقدمي الخدمة والمرافق.

– مقاييس الجودة المرتبطة بعملية الرعاية Quality Measures and Criteria of the Process of Care

تستخدم مقاييس ومعايير الجودة المرتبطة بعملية الرعاية من أجل التحقق من الجودة من جهة، والاستفادة منها والاستئناس بها عند تعويض مقدمي الخدمة عن النفقات الصحية من جهة أخرى. ويوضح الجدول رقم (٣) فئات مقاييس الجودة المرتبطة بعملية الرعاية.

الجدول رقم (٣)

مقاييس الجودة المرتبطة بعملية الرعاية

- الفحوص المخبرية التي يتم إجراؤها.
- فحوص الأشعة التي يتم إجراؤها.
- أساليب التشخيص المستخدمة.
- العقاقير الموصوفة.
- الإجراءات العلاجية التي يتم إجراؤها.
- مدى التفاعل بين الطبيب والمريض.

هذا، ويتم تقييم مقاييس عملية الرعاية عادة وفقاً لمعايير وطنية ومقاييس وضوابط لفئات تشخيصية خاصة، ووفقاً للإجراءات الطبية الأخرى، ولا سيما الإجراءات الجراحية. فعلى سبيل المثال، يمكن اللجوء إلى المقاييس الموضوعية من قبل الكلية الأمريكية للجراحين، أو للأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال، وهكذا.

وكما تحدثنا عن هيكل الرعاية Structure، فمن المهم أن نربط عملية الرعاية بنتائج الرعاية المقدمة للمريض.

– مقاييس الجودة المرتبطة بنتائج الرعاية Quality Measure of the Outcome of Care

تشمل مقاييس الجودة المرتبطة بنتائج الرعاية قياس معدلات عدوى المستشفى، ومعدلات المرضى، ومعدلات الوفيات، وغيرها، كما يوضحها الجدول رقم (٤):

الجدول رقم (٤) مقاييس جودة الرعاية المرتبطة بنتائج الرعاية

Morbidity Rates	- معدلات المرض
Mortality Rates	- معدلات الوفيات
Infection Rates	- معدلات عدوى المستشفى
Complication Rates	- معدلات مضاعفات المرضى
Recovery Rates	- معدلات النفاة أو الشفاء
Functional Disability	- حالات التعوق الوظيفي
Days of Work Lost	- عدد أيام التعطل عن العمل

وتعد مقاييس الجودة المرتبطة بنتائج الرعاية في جوانب عديدة منها أهم مؤشرات جودة خدمات الرعاية الصحية، من حيث ارتباط هذه المؤشرات بالمؤشرات الأخرى في كل من هيكل الرعاية وعملية الرعاية.

هذا، وتجدر الإشارة إلى أن استقصاء بيانات تقدير جودة الرعاية الصحية يتم عادة من خلال مصادر متنوعة منها: السجلات الطبية، والاستقصاءات أو الاستبيانات التي توزع على المرضى لاستطلاع مدى رضاهم عن الخدمات المقدمة، وشهادات الميلاد والوفيات، والاستحقاقات والمطالبات الموجهة إلى شركات التأمين.

د - التحقق من الجودة Quality Assurance:

يوجد العديد من الأنشطة التي يمكن من خلالها التحقق من الجودة، بعضها إلزامي وبعضها الآخر طوعي، وأغلب هذه الأنشطة يتم التحقق منه بصفة مستمرة من خلال الآليات التالية^(٣٦، ٣٧):

- **قياس رضا المرضى:** وذلك عن طريق إجراء المقابلات مع المرضى أو توزيع استبيانات عليهم.

- **مراجعة استخدام خدمات الرعاية الصحية:** هناك العديد من الآليات المتنوعة المرتبطة بمراقبة وتقييم جودة الرعاية التي تدرج تحت عنوان مراجعة استخدام الخدمات. وفي معظم المرافق الطبية ولا سيما في المستشفيات يتم الجمع بين أعمال التحقق من الجودة وأعمال مراجعة الاستخدام.

وتهدف أعمال مراجعة الاستخدام إلى تقييم استخدام الخدمات، ومعرفة المؤثرات على هذا الاستخدام. وتستخدم أعمال المراجعة آليةً لتقدير الجودة ضمن إطار عدم ملاعة الاستخدام. كما أن أعمال مراجعة الاستخدام ترتبط بعدد من آليات التأمين المطلوبة، ولا سيما فيما يختص بالإجراءات الجراحية.

وتشمل أعمال المراجعة دراسة معدلات استخدام خدمات المستشفى على المستوى العمومي، وحسب فئات المرضى وفق فئات أعمارهم، وجنسهم، ومواطن إقامتهم، وغيرها من الخصائص، إضافة إلى الأمراض والإجراءات الطبية والجراحية التي ربما أجريت لهم. وتشمل أعمال المراجعة أيضاً تحديد مدى ملاعة الإدخال للمستشفى، ومدى ملاعة إقامة المرضى بالمستشفى تبعاً لحالاتهم، عن طريق إجراء التحليل المقارن مع المرافق الموازية لفئات هذه الحالات نفسها، لتحديد مدى ملاعة أنماط الممارسة تبعاً لكل مرفق.

وتبدي منظمات الرعاية الصحية اهتماماً كبيراً بضرورة مراجعة الاستخدام وربطه بتقدير الجودة، ولا سيما فيما يتعلق بحالات الإدخال إلى المستشفى وأداء الإجراءات الجراحية الاختيارية التي يقوم المرضى بدفع أتعابها مباشرة، والتي قد لا يكون هناك ضرورة لإجراء العديد منها.

ومن آليات مراجعة الاستخدام التي تتبعها إدارة برنامج الرعاية الطبية "المديكير" - الذي سنتطرق إليه بشيء من التفصيل في الفصل الثامن - تشكيلها لمنظمات المراجعة المهنية Professional Review Organization التي تجرى بدورها مراجعة لحالات الإدخال، لتحديد الضرورة الطبية للإدخال. كما أن إعادة الإدخال تتم دراستها من قبل هذه المنظمات لتحديد مدى ضرورة إدخالها أيضاً، إذ إن الإدخال وإعادة الإدخال يزيدان من كمية المصروفات التي تتحملها الحكومة الفيدرالية. كما تمتد عمليات المراجعة لتشمل كل فترات مكث أو بقاء المرضى في المستشفى.

هذا، وتكمن أهمية أو قيمة مراجعة الاستخدام مثل برنامج الرأي الثاني في الإبلاغ عن مدى الحاجة إلى إجراء عملية جراحية ينبغي أن تدرس أو تفحص فحوصاً نقدياً من منظور المردودية العالية. فمراجعة الاستخدام قد لا تشجع على تقديم الخدمات المطلوبة، وقد تثير التساؤلات حول القرارات السريرية للطبيب.

وقد يشكو العديد من الأطباء من أنهم يقومون بتحديد الاحتياجات الفعلية لمرضاها من واقع تفاعلهم المباشر مع حالاتهم الصحية، وذلك خلافاً لمنظمات المراجعة المهنية

للاستخدام، التي تلجأ إلى بيانات ثانوية لتكوين أحكامها على الحالات التي تقوم بمراجعتها، على الرغم من أنها تضم كفاءات عالية من الأطباء والمرضى. ومع ذلك فقد توفر أعمال المراجعة درجة عالية من حماية المرضى من سوء جودة الرعاية، والحفاظ على نوع من الرقابة المعقولة على تكاليف الرعاية المقدمة.

٣- تقييم اقتصاديات تشغيل خدمات الرعاية الصحية:

يعد قياس فعالية خدمات الرعاية الصحية، وكفاءتها، وإنتاجيتها، من أهم المؤشرات المستخدمة في تقييم اقتصاديات تشغيلها. لذا فسوف نتناول بالعرض والتحليل مفهوم كل منها، وكيفية قياسها ومدلولاتها، وذلك على النحو التالي:

أ - الفعالية Effectiveness:

يدور مفهوم الفعالية حول تقييم درجة أو نسبة بلوغ الأهداف المحددة سلفاً للبرنامج أو الخدمة أو المنظمة معبراً عنها بالمعادلة التالية:

$$\text{درجة الفعالية} = \frac{\text{الأهداف المنجزة Achieved Goals}}{\text{الأهداف المحددة Preset Goals}}$$

$$\text{أو} = \frac{\text{النتائج الفعلية المنجزة Actual Results Achieved}}{\text{النتائج المرغوب في إنجازها Desired Results to be Achieved}}$$

ومن منظور مدخل النظم Systems Approach يمكن التعبير عنها بالمعادلة التالية:

$$\text{درجة الفعالية} = \frac{\text{المخرجات الفعلية Actual Outputs}}{\text{المخرجات المرغوب فيها Desired Outputs}}$$

وكما يلاحظ من المعادلات السابقة، تعبر الفعالية عن الأثر المرغوب Desired Effect في درجة الوصول إلى الأهداف المحددة أو النتائج المرغوب في إنجازها، سواء كانت تلك الأهداف أو النتائج تتعلق بالحد من مشكلات قد تواجه خدمات الرعاية الصحية، أو كانت تتعلق بتحسينها والارتقاء بمستوياتها.

هذا، وينبغي أن يتم قياس درجة الفعالية قياساً كمياً عند تحليل مدى بلوغ الأهداف أو النتائج المرغوب فيها، وذلك في ضوء المعايير والمؤشرات المتفق عليها في عمليات قياس الأداء. وإذا تعذر ذلك كان من الواجب إجراء تحليل نوعي للوقوف على مدى ملائمة الإنجازات المتحققة وفائدتها، ريثما يتم إعداد طريقة أدق لقياس الأداء^(٣٨). انظر الجدول رقم (٥).

ويشمل تقييم درجة الفعالية، أيضاً، تقييم درجات الرضا أو الامتصاص الذي يبديه المجتمع المعنى تجاه الخدمات المقدمة له. ولكي تكون الفعالية ذات معنى بالنسبة لمنظمات الرعاية الصحية، ينبغي تقييم فعالية خدماتها على أساس التكاليف المرصودة لها في الوقت ذاته - وذلك من خلال أسلوب تحليل التكلفة والفعالية Cost-Effectiveness Analysis - كما ينبغي تحليل هذه التكاليف بالنظر إلى الفوائد المكتسبة منها - عن طريق أسلوب تحليل التكلفة والمنفعة Cost - Benefit Analysis^(٣٩).

الجدول رقم (٥)

أمثلة مبسطة على قياس الفعالية

الهدف المحدد أو النتيجة المرغوب فيها (س)	الهدف المنجز أو النتيجة الفعلية (س ١) نسبة درجة الفعالية (س / ١٠٠ ×)
إنجاز فني في مختبر الكيمياء الحيوية ٣٠ فحصاً في اليوم.	بلغ إنجاز ٢٤ فحصاً مخبرياً في اليوم. ٨٠
ألا يزيد متوسط الإقامة لحالات الولادة في المستشفى عن يومين.	بلغ متوسط الإقامة لحالات الولادة ١,٩ يوماً. ٩٥
أن تصل نسبة تحصين المجتمع السعودي ضد مرض التهاب الكبدى من فئة ب Hepatitis B بنهاية عام ١٤٢١هـ إلى ٣٠٪.	وصلت نسبة المحصنين ضد هذا المرض من المجتمع السعودى إلى نسبة ٣٩٪ بنهاية هذا العام. ١٣٠*
ألا تزيد نسبة إشغال أسرة المستشفى المتوافرة على ٨٥٪ بنهاية عام ١٤٢١هـ.	بلغت نسبة الأسرة المشغولة فى ذلك العام ٩٣,٥٪. ١١٠**

* يلاحظ أن درجة الفعالية تخطت الهدف المحدد لها.

** أما هنا فعلى الرغم من تخطيها الهدف المحدد لها، فيمكن اعتبارها سالبة بمقدار (١٠٪) للاعتبارات التي يسببها ارتفاع نسبة الإشغال عن الهدف الرسوم لها، من تأثيرات سلبية على النظام اليومي لإدخال الحالات وإخراجها، وتنسيق مواعيد حالات الإدخال الجديدة وبرمجتها، فضلاً عن الحد من قدرة المستشفى على مواجهة إدخال الحالات الطارئة.

ويوضح الجدول رقم (٦) أهم المؤشرات الإحصائية المرتبطة بفعالية اقتصاديات التشغيل في منظمات الرعاية الصحية ولا سيما في المستشفيات.

الجدول رقم (٦)

أهم المؤشرات الإحصائية المرتبطة بالفعالية في المستشفيات

المؤشر	القاعدة	المعيار	درجة الفعالية +/-
أولاً - إحصاءات التشغيل: أعداد المراجعين للعيادات الخارجية (س١)	-	عدد المراجعين المخطط لكل طبيب (س٢)	س١ / س٢ × ١٠٠
معدل إشغال الأسرة (س٣)	(عدد الأسرة المشغولة خلال فترة زمنية / عدد الأسرة المعدة للاستخدام خلال الفترة ذاتها) × ١٠٠	٨٥٪ في المستشفيات العامة، و ٨٠٪ في المستشفيات العسكرية (س٤)	س٣ / س٤ × ١٠٠
المتوسط اليومي لعدد المرضى المنومين Average Daily Inpatient Census (س٥)	إجمالي عدد المرضى المنومين خلال فترة زمنية لا يدخل فيها المواليد الأصحاء / عدد أيام الفترة	٢٠ حالة إدخال يوميًا مثلاً (س٦)	س٥ / س٦ × ١٠٠
متوسط مدة الإقامة (س٧)	إجمالي عدد أيام العلاج للمرضى الذين خرجوا من المستشفى خلال فترة زمنية محددة / إجمالي عدد حالات الخروج من الأحياء والأموات في الفترة ذاتها	٥ أيام مثلاً (س٨)	س٧ / س٨ × ١٠٠
متوسط مدة الإقامة قبل العملية الجراحية (س٩)	القاعدة السابقة	١,٥ يوماً مثلاً (س١٠)	س٩ / س١٠ × ١٠٠
متوسط مدة الإقامة بعد العملية الجراحية (س١١)	القاعدة قبل السابقة	٣,٥ يوماً مثلاً (س١٢)	س١١ / س١٢ × ١٠٠
معدل دوران السرير (س١٣)	مجموع المرضى الذين خرجوا من المستشفى خلال فترة زمنية معينة / عدد أسرة المستشفى المتوافرة خلال الفترة ذاتها	٦٥ مرة في مستشفى عام مثلاً (س١٤)	س١٣ / س١٤ × ١٠٠

تابع - الجدول رقم (٦)

المؤشر	القاعدة	المعيار	درجة الفعالية +/ -
ثانياً - إحصاءات الأمراض والوفيات وأداء الخدمة : معدل الاستشارة Consultation Rate (س١)	إجمالي الاستشارات الطبية التي تمت للمرضى الذين خرجوا من المستشفى خلال فترة زمنية معينة / إجمالي حالات الخروج للفترة ذاتها $100 \times$	٢٠٪ من إجمالي حالات الخروج مثلاً (س٢)	س١ / س٢ $\times 100$
معدل عمليات التوليد القيصرية (س٣)	عدد حالات التوليد القيصرية خلال فترة زمنية معينة / عدد حالات التوليد للفترة ذاتها $100 \times$	ألا يزيد هذا المعدل على ٧٪ من إجمالي حالات التوليد (س٤) ٣٪ مثلاً	س٣ / س٤ $\times 100$
المعدل العام للعدوى الناشئة عن المستشفى (س٥)	إجمالي عدد حالات العدوى الناشئة عن المستشفى خلال فترة زمنية / إجمالي حالات التنويم للفترة ذاتها $100 \times$	(س٦) ٥٪ مثلاً	س٥ / س٦ $\times 100$
معدل عدوى الجروح بعد العمليات الجراحية (س٧)	يسترشد بالقاعدة السابقة	(س٨) ١٠٠٠ / ٢ مثلاً	س٧ / س٨ $\times 100$
معدل وفيات الأطفال المولودين حديثاً (س٩)	عدد الوفيات بين المولودين حديثاً / عدد حالات الخروج للمولودين حديثاً بما فيهم الأمهات $1000 \times$	(س١٠) ١٠٠٠ / ١ مثلاً	س٩ / س١٠ $\times 100$
معدل الوفيات بين الأمهات أثناء التوليد (س١٢)	عدد الوفيات بين الأمهات أثناء التوليد / عدد حالات خروج الأمهات من المستشفى بما فيها الوفيات $1000 \times$	(س١٣)	س١٢ / س١٣ $\times 100$

ب - الكفاءة Efficiency:

تعد الكفاءة مؤشراً مهماً لتقييم مدى استفادة منظمة الرعاية الصحية من مواردها البشرية وإمكاناتها المادية، وفقاً لمعايير وأسس معينة، من أجل تحقيق أهداف محددة بأقل تكلفة ممكنة.

ويمكن قياس مؤشرها تبعاً للموضوع المراد دراسته بإجراء مقارنة مادية يُعبر عنها بقيمة مالية بين النتائج المتحققة في فترة زمنية محددة (الإيرادات مثلاً) والجهود المبذولة والموارد المستخدمة في تحقيقها (نفقات التشغيل مثلاً) في الفترة نفسها^(٤٠). ويتم التعبير عن ذلك من خلال أسلوب مدخل النظم بالمعادلة التالية:

$$\text{الكفاءة} = \frac{\text{القيمة المالية للمخرجات (النتائج أو الإيرادات أو العوائد)}}{\text{القيمة المالية للمدخلات (الموارد أو تكاليف نفقات التشغيل)}}$$

وبموجب المعادلة السابقة يشترط لقياس الكفاءة توافر عنصرين أساسيين هما:

- وجود وحدات قياسية لكل من الموارد والنتائج.
- وجود طرق معيارية لتحديد القيمة المالية لكل من النتائج المتحققة والموارد المستخدمة في تحقيقها.

وكما هو واضح من هذه المعادلة فإن الكفاءة ترتفع كلما ازدادت القيمة المالية للمخرجات عن القيمة المالية للموارد المستخدمة في تحقيقها.

ويوضح المثالان التاليان الخطوات العملية لقياس الكفاءة:

المثال الأول:

احسب كفاءة كل من المختبر (أ) والمختبر (ب) على ضوء المعطيات الواردة لكل منهما في الجدول المرفق؛ ثم بين أيهما كان أكثر كفاءة في استخدام الموارد المتاحة له:

عدد الفحوصات المنجزة في اليوم	متوسط التكلفة الفعلية للفحص الواحد	متوسط التكلفة المعيارية للفحص الواحد
مختبر (أ)	٢٥٠	٢٢
مختبر (ب)	٣٠٠	٢٥

الحل:

$$\text{درجة الكفاءة في مختبر (أ)} = \frac{\text{إجمالي التكلفة المعيارية للفحوص المنجزة}}{\text{إجمالي التكلفة الفعلية للفحوص ذاتها}}$$

$$\%90,9 = \frac{100 \times (250 \times 20)}{(250 \times 22)} =$$

أما درجة الكفاءة في مختبر (ب) = القاعدة السابقة

$$\%80 = \frac{100 \times (300 \times 20)}{(300 \times 25)} =$$

إذاً، يمكن أن يقال إن درجة الكفاءة في المختبر (أ) كانت أعلى منها في المختبر (ب)، أي أن الأول كان أفضل من الثاني في استخدام موارده، وفي إنجاز الفحوص المطلوبة منه.

المثال الثاني:

وهذا المثال يبين بصورة أفضل من سابقه أهمية قياس درجة الكفاءة بالنسبة لمنظمات الرعاية الصحية الخاصة التي تهدف إلى تحقيق عائد ربح بالقياس إلى نفقات تشغيلها. والمطلوب حساب كفاءة عائد الأرباح في كل من المختبرين الأنفي الذكر على ضوء المعطيات الواردة في الجدول أدناه:

إجمالي الإيرادات (بالريال)	إجمالي تكاليف الفحوص (بالريال)	عدد الفحوص المنجزة في اليوم	
٧٥٠٠	٥٥٠٠	٢٥٠	مختبر (أ)
٩٠٠٠	٧٥٠٠	٣٠٠	مختبر (ب)

الحل:

$$\text{درجة كفاءة عائد الأرباح في مختبر (أ)} = \frac{\text{إجمالي الإيرادات (بالريال)} \times 100}{\text{إجمالي التكاليف (بالريال)}}$$

$$\%136,4 = \frac{7500}{5500} =$$

أي أن المختبر (أ) حقق ربحاً قدره (%٣٦,٤) وذلك بعد طرح إيرادات الفحوص من تكاليفها.

أما درجة كفاءة عائد الأرباح في المختبر (ب) فتساوى طبقاً للمعادلة السابقة:

$$100 \times \frac{9000}{7500} = 120\%$$

أى أن المختبر (ب) حقق ربحاً قدره (٢٠٪). ومن ثم يمكن أن يقال إن درجة الكفاءة في المختبر (أ) كانت أعلى من نظيرتها في المختبر (ب).

وعلى ضوء ما سبق يمكن إثارة عدد من التساؤلات منها:

- هل من الممكن لمختبر (ب) أن يبلغ من الكفاءة ما يعادل درجة كفاءة المختبر (أ) أو يربو عليها؟ وللإجابة عن ذلك ينبغي عمل مراجعة موضوعية شاملة للإمكانات المستخدمة في المختبر (أ) وأساليب العمل فيه ومقارنة ذلك بالمختبر (ب).

- ما مقدار الربح لو تساوت القيمة المالية للإيرادات في كل من المختبر (أ) والمختبر (ب) مع تكاليف تشغيلهما؟ وجواب هذا السؤال أن مقدار الربح يساوى صفرًا، فعندما تبلغ كفاءة الأداء (١٠٠٪) تتساوى القيمة المالية للإيرادات (المخرجات) مع القيمة المالية للتكاليف (المدخلات).

- كيف نفسر كفاءة تشغيل المختبر (أ) أو المختبر (ب) إذا بلغت نسبتها أقل من (١٠٠٪)؟ نقول إن القيمة المالية للإيرادات أقل من القيمة المالية لتكاليف التشغيل، ومن ثم لا تعد إدارتا المختبرين متكافئتين في تشغيلهما.

ج - الإنتاجية Productivity:

الإنتاجية مفهوم مرادف للكفاءة يستخدم في كثير من الأحيان بدلاً عنها في التعبير عن العلاقة بين النتائج المتحققة من أنشطة خدمات الرعاية الصحية في فترة زمنية محددة (المخرجات)، والموارد المستخدمة في تحقيقها في الفترة ذاتها (المدخلات). وينحصر الفرق الرئيسى بين الإنتاجية والكفاءة في أن الأولى تعبر عن قياس المخرجات والمدخلات بوحداتها الطبيعية، لا بقيمتها المالية كما في الثانية^(٤١).

ويتم التعبير عن الإنتاجية بالمعادلة التالية:

$$\text{الإنتاجية} = \frac{\text{المخرجات}}{\text{المدخلات}} = \frac{\text{النتائج المتحققة}}{\text{الموارد المستخدمة}} = \frac{\text{Results Achieved}}{\text{Resources Consumed}}$$

ولو أردنا حساب إنتاجية موظف ما، يمكن التعبير عن هذه المعادلة على الشكل التالي:

$$\text{إنتاجية الموظف} = \frac{\text{عدد الوحدات المنتجة}}{\text{عدد ساعات عمل الفرد}}$$

أما إذا أردنا حساب إنتاجية جهاز ما، فستصبح المعادلة على النحو الآتي:

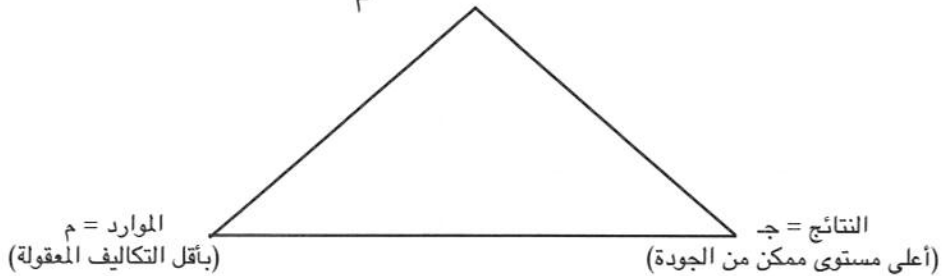
$$\text{إنتاجية الآلة} = \frac{\text{عدد الوحدات المنتجة}}{\text{عدد ساعات عمل الفرد}}$$

ويلاحظ من المعادلة الأساسية للإنتاجية والمعادلات المشتقة منها، أن الإنتاجية تزداد ارتفاعاً كلما ازداد ما يتحقق من النتائج بالحجم ذاته من الموارد المستخدمة، أو إذا حصلنا على القدر ذاته من النتائج بحجم أقل من الموارد المستخدمة. ولكن ينبغي التفريق بين مفهوم زيادة إنتاجية السلع والخدمات الذي سبقت الإشارة إليه، ومفهوم تحسين الإنتاجية Productivity Improvement الذي يقصد به زيادة عدد الوحدات المنتجة بتكاليف معقولة مع الوصول إلى أعلى مستوى ممكن من الجودة (انظر الشكل رقم ٨) (٤٢).

الشكل رقم (٨)

مثال تحسين الإنتاجية*

$$\frac{\text{ج}}{\text{م}} = \text{ت أ} = \text{تحسين الإنتاجية}$$



*Jonathon Rakich , Beaufort Longest , and Kurt Darr , Managing Health Services Organizations , 3rd ed. (Baltimore, Maryland: Health Administration Press , 1992), p.427.

هذا، ويوضح الجدول رقم (٧) وحدات القياس المستخدمة في حساب معدل الإنتاجية في بعض أقسام منظمات الرعاية الصحية ووحداتها ولاسيما في المستشفيات:

الجدول رقم (٧)
وحدات قياس الإنتاجية في بعض أقسام المستشفى

القسم	وحدة قياس الموارد (المدخلات)	وحدة قياس الإنتاج (المخرجات)	معياري الإنتاجية	معدل الإنتاجية = عدد وحدات الإنتاج الفعلية / عدد وحدات الإنتاج المعياري $\times 100$
الداخلي	السريير	يوم العلاج	- معدل دوران السريير. - متوسط الإقامة. - معدل شغل الأسرة.	
العيادات الخارجية والطوارئ	ساعات العمل المدفوعة الأجر	زيارة المريض	متوسط عدد الزيارات حسب القدرة الاستيعابية لكل عيادة	
جناح العمليات	ساعات العمل المدفوعة الأجر	عملية جراحية	متوسط عدد العمليات حسب القدرة الاستيعابية لكل غرفة	
المختبر	ساعات العمل المدفوعة الأجر	فحص مخبري	متوسط عدد الفحوص حسب القدرة الانتاجية لكل نوع من أنواع الفحوص	
الأشعة	ساعات العمل المدفوعة الأجر	فحص شعاعي	متوسط عدد الفحوص حسب القدرة الانتاجية لكل نوع من أنواع الفحوص	
الأشعة المقطعية	ساعات العمل المدفوعة الأجر	فحص بالأشعة المقطعية	متوسط عدد الفحوص حسب القدرة الانتاجية لكل نوع من أنواع الفحوص	
الغسيل الكلوي	ساعات العمل المدفوعة الأجر	جلسة علاج	متوسط القدرة الاستيعابية لكل غرفة من غرف الغسيل الكلوي	
التغذية	ساعات العمل المدفوعة الأجر	وجبة	متوسط عدد الوجبات المقدرة وفق معدل شغل الأسرة	
النظافة	ساعات العمل المدفوعة الأجر	متر مربع	متوسط عدد الأمتار المربعة الواجب تنظيفها في ضوء ساعات العمل	

تابع - الجدول رقم (٧)

الصيدلة	ساعات العمل المدفوعة الأجر	الوصفة الطبية	متوسط عدد الوصفات الطبية التي يمكن صرفها في ضوء ساعات العمل الفعلية
المغسلة	ساعات العمل المدفوعة الأجر	كيلو غرام من الغسيل	متوسط كمية الغسيل بالكيلو غرام الذي يمكن غسله في ضوء ساعات العمل
العلاج الطبيعي	ساعات العمل المدفوعة الأجر	جلسات علاج	متوسط عدد جلسات العلاج التي يمكن التعامل معها في اليوم

ثامناً - أساليب النهوض بفعالية خدمات الرعاية الصحية وكفاءتها وإنتاجيتها ومستوى جودتها:

تُعد منظمات الرعاية الصحية بأنواعها، ومستوياتها المختلفة، إحدى أهم ركائز شبكة الخدمات الصحية التي تُعنى بتلبية الاحتياجات الصحية الشخصية لأفراد المجتمع. ولما كان الإنفاق على تشييدها في إطار المواصفات المطلوبة، وتشغيلها وفقاً للضوابط والمعايير الخاصة بالجودة الشاملة، يتطلب تخصيص موارد كبيرة لتلبية هذه الاحتياجات، فمن الواجب أن يحرص القائمون عليها، سواءً في القطاع الحكومي أو القطاع الخاص، على أن تدار بأساليب فعالة تضمن ترشيد نفقات تشغيلها عن طريق الاستفادة المثلى من الموارد المتاحة لها، وتحسين مستوى الخدمة المقدمة فيها، والوصول إلى رضا المستفيدين منها.

وسوف يتم استعراض هذه الأساليب وتحليلها من خلال مناقشة المراحل الرئيسة للعملية الإدارية في هذه المنظمات، ولاسيما في المستشفيات، والمتمثلة في كلٍّ من: مرحلة تهيئة المستشفى وإعداده، ومرحلة تشغيله، ومرحلة متابعة أدائه التشغيلي وتقييمه. وفيما يلي عرض موجز لمكونات كل مرحلة وعناصرها ومتطلباتها:

١ - مرحلة تهيئة المستشفى وإعداده:

وتُعد أهم مرحلة من مراحل العملية الإدارية في المستشفى، إذ يتوقف عليها نجاح مرحلتى: التشغيل، والمتابعة والتقييم فيه.

ويمكن تصنيف الأساليب الفعالة التي يمكن أن تأخذ بها إدارة المستشفى، أو تنتهجها، ضمن هذه المرحلة، من أجل تحقيق الأداء الجيد لمختلف البرامج والخدمات المقدمة فيه، في ثلاثة محاور رئيسية: يتمثل الأول منها في الجانب الخاص بالمعلومات، والثاني في الجانب المتعلق بالموارد البشرية، والثالث بالجانب المتصل بالموارد المادية. وسوف تتم مناقشة هذه المحاور بشيء من التفصيل، على النحو التالي:

أ - محور المعلومات:

تعد المعلومات من أهم الوسائل التي تساعد إدارة المستشفى على اتخاذ القرارات اللازمة في كل وظيفة من وظائف العملية الإدارية.

ومن أهم الأساليب الفعالة ضمن هذا المحور ما يلي:

(١) التأكد من اكتمال لوائح وأدلة الضوابط النظامية للمستشفى ومراجعتها ومراجعة منتظمة، لتكون ملائمة ومناسبة لطبيعة ما يستجد من تغييرات يتطلبها العمل في المستشفى. وتشكل هذه اللوائح والأدلة الإطار المرجعي والنظامي للأحكام والأسس والضوابط العامة لحسن تشغيل المستشفى، واستغلال موارده بالكفاءة والفاعلية المطلوبتين. ومن أمثلتها: لائحة النظام الأساسي للمستشفى، واللائحة التنفيذية لهذا النظام، ولائحة الخدمة في المستشفى، ونظم المكافآت والحوافز المعمول بها، ولائحة المالية، واللائحة الداخلية للهيئة الطبية، ولائحة أعضاء هيئات التمريض، ولائحة أعضاء الخدمات الطبية المساعدة، ولائحة تسعيرة الخدمات المقدمة فيه، ولائحة أحقية أو أولوية العلاج للمرضى Patients' Eligibility والحالات التي لا يمكن استقبالها أو التعامل معها Admissible & Non-Admissible Cases، ودليل هيكله التنظيمي، ودليل التصنيف والتوصيف الوظيفي للوظائف الموجودة فيه.

(٢) وضع أدلة من أجل النهوض بمستوى الأداء التشغيلي للمستشفى، وتحديثها على نحو دوري، في ضوء ما يستجد من تقنيات وأساليب، قد تستدعيها طبيعة الأعمال القائمة أو المستجدة في المستشفى. ومن أمثلة هذه الأدلة: أدلة سياسات العمل وإجراءاته من أجل مختلف الوحدات التنظيمية في المستشفى، ودليل معايير تشغيل المستشفى، الذي يرمي إلى تحديد معايير الفعالية ذات الصلة المباشرة بتحقيق الأهداف المحددة لجميع الوحدات التنظيمية في المستشفى، أي تحديد المستوى الذي ينبغي أن يرتقى إليه أداء هذه

الوحدات، والاعتبارات التفصيلية الواجب مراعاتها من قبل كل وحدة لضمان بلوغ المعايير الموضوعة لها.

وتجدر الإشارة إلى أن هذه الأدلة لا تَضمّن فقط التشغيل السليم لمختلف وحدات المستشفى، بل يمكن أيضاً أن تساعد في تحديد نوعية بعض الموارد المطلوبة وكميتها. فعلى سبيل المثال، عند تحديد نوعيات القوى العاملة وفئاتها بالأعداد المطلوبة للمستشفى، قد يغيب عن الذهن ضرورة توظيف متخصصين في مجالى نشاط السيطرة على العدوى Infection Control ونشاط الجودة الشاملة، لكن عند الرجوع إلى دليل معايير تشغيل المستشفى الذى صمم أساساً لضمان النهوض بمستوى الأداء النوعى لمختلف المهام والخدمات المقدمة فى المستشفى، نرى وجوب توظيف متخصص فى مجال السيطرة على العدوى (متخصص واحد لكل ١٥٠ سريراً)، ومتخصص آخر فى مجال الجودة الشاملة، لمتابعة مدى التزام مختلف الوحدات التنظيمية بالمستشفى، بمعايير التشغيل الموضوعة.

(٣) إيجاد التنظيم الإدارى السليم للمستشفى لضمان تطبيق العملية الإدارية فيه، بطرق علمية صحيحة وسليمة، أو التأكد من مدى فعالية هذا التنظيم فى حال وجوده، وذلك من حيث وضوح الصلاحيات والمسؤوليات بين مختلف وحداته الإدارية والفنية، وكذلك الوظائف الإشرافية والتنفيذية داخل هذه الوحدات، بما يؤدى إلى إيجاد بيئة يسودها روح التعاون، وتحدد فيها الواجبات تحديداً دقيقاً، ويسود التنسيق فيما بينها. وهى أمور تزيد من إنتاجية العاملين فيه، وتحافظ على حيويتهم، وتؤدى إلى رفع روحهم المعنوية. وسبيل ذلك أن يتم التحقق من مدى مراعاة إدارة المستشفى تطبيق الأسس التنظيمية التى تكفل فعالية التنظيم الإدارى المعمول به فى المستشفى، بدءاً من مراجعة وحدة الأمر داخل كل وحدة تنظيمية (أى أن كل مرؤوس مسؤول أمام رئيس واحد يتلقى منه الأوامر والتعليمات، ومن ثم يكون هذا الرئيس مسؤولاً عن الإشراف على المرؤوسين وتوجيههم وتقويم أدائهم)، والصلاحيات الممنوحة لها فى اتخاذ القرارات، مع التأكد من مدى تناسب الصلاحيات الممنوحة لكل وحدة مع المسؤوليات المنوطة بها، وتحديد نطاق الإشراف داخل كل وحدة، وتحقيق التنسيق اللازم بين أفراد الفريق العامل فيها وأفراد الفرق فى الوحدات الأخرى، ووضع دلائل الإجراءات والنماذج اللازمة لإنجاز العمل فى كل وحدة بالفعالية والجودة المطلوبتين.

- (٤) بناء نظام معلومات مُحَوَسَّب Computerized ومتكامل للمستشفى، لتقديم المعلومات الصحيحة، وبصورة دورية، عن مختلف البيانات والمعلومات، التي تُعين على ممارسة أنشطة العملية الإدارية بفعالية وكفاءة عاليتين. ويتحقق ذلك من خلال ما يلي:
- تأمين الكفاءات المؤهلة لإدارة النظام وتشغيله وصيانته.
 - تحديد نوعية البيانات ومجالاتها، وأنواع التقارير المطلوبة، والقرارات (الإستراتيجية، والتكتيكية، والتشغيلية) التي تتخذ على ضوء استعمالات مختلف الوحدات التنظيمية في المستشفى، وذلك لوضع تصور متكامل لقاعدة بيانات المستشفى.
 - تأمين شبكة اتصال عن طريق الحاسوب لتغذية قاعدة المعلومات بالبيانات المطلوبة.
 - مراقبة مدى فعالية نظام المعلومات في تحقيق الأهداف المرسومة، وتطويره لتلبية ما قد يستجد من معلومات يتطلبها العمل في المستشفى.
- (٥) الاستفادة من نظام المعلومات المحوسب والمتكامل للمستشفى، الأنف الذكر، في وضع بعض النظم الفرعية الفعالة المتصلة به أو تطويرها، مثل:
- نظام معلومات منطقة خدمة المستشفى Hospital Service Area للتعرف مثلاً على: البيانات السكانية، والاجتماعية، والاحتياجات الصحية للمنطقة، والموارد الصحية المتوافرة لمواجهتها، ومعدلات الاستخدام السائدة فيها، ونظم تمويل خدمات الرعاية الصحية، وأسعار الخدمات الصحية، وخطط تسويق هذه الخدمات، والتخصصات التعليمية المتوافرة في سوق العمل المحلي التي يمكن الاستفادة منها.
 - نظام فتح الملفات الطبية، وتحديد المواعيد، والتخطيط لإجراءات إدخال المرضى، ومتابعة إدخالهم إلى المستشفى، وإخراجهم منه، بما يؤدي إلى الإسهام في زيادة حجم الاستفادة من خدمات المستشفى.
 - نظام الملفات الطبية المُحَوَسَّب بما فيه استعمال نظام الإملاء الطبى عن طريق الديكتافون Dictaphone، وترميز إجراءات التشخيص والعلاج Coding of Di-agnostic and Therapeutic Procedures، وعمل الفهارس التي تمكن من الرجوع إلى بيانات الملفات الطبية، ومتابعة النشاط وغير النشاط منها.
 - نظام حساب مؤشرات الاستخدام لخدمات المستشفى المقدمة، للاستفادة منها في تقدير حجم العمل لمختلف خدمات التشخيص والعلاج في المستشفى، مثل: أعداد زيارات

المرضى والمراجعين للعيادات الخارجية والطوارئ، وأعداد جلسات: العلاج الطبيعي Physical Therapy، والعلاج الوظيفي Occupational Therapy، وعلاج حالات صعوبات النطق Speech Therapy، وغيرها من حالات خدمات العلاج التأهيلي، وأعداد الفحوص المخبرية، والشعاعية، والصوتية، والرنين المغناطيسي... هذا بالإضافة إلى حساب أعداد حركة المرضى المنومين (الجدد، والمقيمين السابقين منهم، والمتنقلين من قسم علاجى إلى آخر داخل المستشفى)، وحالات الخروج؛ مما يمكن من مراقبة حركة الأسرة، ومن الحساب الدقيق لمؤشرات استخدام خدمات التنويم فى المستشفى، وحساب الخدمات العلاجية المقدمة فيه، مثل: المتوسط اليومي لعدد المرضى المنومين، ومتوسط فترة الإقامة، ومعدل شغل الأسرة، ومعدل دوران السرير، وفترة خلوه.

- نظام معلومات القوى العاملة فى المستشفى، بحيث يشمل بصفة أساسية: أسماء الموظفين، وجنسياتهم، وأعمارهم، ونوعهم، وتخصصاتهم، ومؤهلاتهم العلمية، وسنوات الخبرة، وذلك حسب وحداتهم التنظيمية، ودرجاتهم الوظيفية، ورواتبهم، والمزايا المقدمة لكل منهم، وتواريخ بداية عقودهم، ومواعيد انتهائهم.

- نظام تقدير متوسطات مدة الخدمة Average Service Times، وإجمالى الوقت الكلى اللازم لتأدية مختلف الأعمال التنفيذية فى المستشفى Full Time Equivalents بما فيها: خدمات الأطباء، والتمريض، والأقسام الطبية المساعدة، للاسترشاد بها عند تقدير أعداد القوى العاملة المطلوبة حسب: الفئات، والنوعيات اللازمة، ومعدلات التشغيل.

- نظام متكامل لإدارة المواد؛ وذلك لمتابعة تأمين احتياجات المستشفى من المواد والمستلزمات اللازمة لعملياتها التشغيلية، ومتابعة العرض التلقائى من المخزون، ومعدلات الصرف منه Inventory Control، وإعداد التقارير عن مستوياته من المواد والأصناف المختلفة.

- نظام معلومات الصيدلانية والمعلومات الدوائية، لمتابعة العرض التلقائى للأصناف من كل نوع، والراكد منها، ومواعيد انتهاء صلاحيتها، والاختيار بين بدائل الأدوية فى حالة نقص دواء معين، وإعداد وطبع تعليمات الدواء وعدد مرات تناوله، بالإضافة إلى شبكات الاتصال بوحدات التمريض، وغرف العمليات بالمستشفى، ومخازن الأدوية الخارجية. ومن الممكن التفكير أيضاً فى جدوى عمل نظم معلومات مُحوسبة أخرى لأقسام الخدمات الطبية المساعدة، مثل الأشعة والعلاج الطبيعي والتغذية؛ لضمان حسن أداء العمل فيها.

- نظام محاسبي ومالي متكامل، من أهم معالنه: إنجاز حسابات المرضى، وإعداد فواتير محاسبتهم، ومراجعتها، وتحصيلها بالدقة والسرعة المطلوبتين، بالإضافة إلى إعداد الحسابات العامة، والاستفادة منها فى حسابات تكاليف المستشفى وأقسامه، ووضع تكاليف معيارية لخدمات المستشفى، وإمكان حساب تكلفة السرير أو المريض يومياً، وتسهيل المراجعة الداخلية، وعمل كشوف المرتبات والأجور، وإعداد التقارير المالية.

(٦) إعداد برنامج متكامل لمتابعة الأداء وتقييمه للتثبت من جودة الخدمة المقدمة، بما فى ذلك إيجاد وحدة تنظيمية متخصصة لمتابعة تنفيذ برنامج ضمان الجودة، وتوفير الكفاءات اللازمة للقيام بالمهام الموكولة لها، ووضع دليل معايير التشغيل المشار إليه سابقاً، وتشكيل اللجان الطبية الدائمة والمؤقتة التى ينام بها التثبت من مدى الصحة والملاءمة فى كل من: الإجراءات والتدابير الخاصة بالتشخيص والعلاج المقدمين، ومعدلات العدوى فى المستشفى، وفترات تنويم المرضى ومتوسطات إقامتهم، ومراجعة خطط إخراجهم منه وغيرها. ومن أمثلة هذه اللجان: لجنة التثبت من جودة الرعاية الطبية - Quality Assurance، ولجنة مراجعة الاستخدام Utilization Review، ولجنة مكافحة العدوى، ولجنة ترشيد استخدام العقاقير الطبية.

(٧) وضع خطة سنوية للتشغيل، تتصف بأهداف واضحة ومحددة وقابلة للتحقيق، وتبين البرامج والخدمات والأساليب التى ستتبع لبلوغها.

ب - محور الموارد البشرية:

تعد مسألة تأمين القوى العاملة التى يحتاج إليها المستشفى، وفقاً لدليل التصنيف والتوصيف الوظيفى للوظائف المعتمدة فيه، بفئاتها وأنواعها ومستويات تخصصاتها، من أهم القضايا التى ينبغى أن يوليتها القائمون على إدارة المستشفيات جُلَّ اهتمامهم، لما لها من تأثير فعال ومباشر على حسن أداء العمل فى المستشفى، وضمان الاستفادة المثلى من إمكاناته المادية. ومن أهم الأساليب الفعالة التى ينبغى مراعاتها ضمن هذا المحور ما يلى:

- إنشاء وحدة تنظيمية تعنى بإدارة الموارد البشرية فى المستشفى. ويفضل أن تكون مرتبطة بمدير المستشفى، وأن يكون الموظفون العاملون فيها على مستوى عالٍ من المهارة والخبرة فى مجالات المهام المنوطة بهذه الوحدة.

- أن تقوم هذه الوحدة، بالتنسيق مع الوحدات الرئيسية الأخرى فى المستشفى ذات العلاقة، بما يلى :

- وضع خطة احتياجات تشغيل المستشفى من القوى العاملة المطلوبة. وينبغي أن توضح الخطة الأسس والمنطلقات والمعايير التي اعتمدها في تحديد الأعداد المطلوبة، حسب فئاتها ونوعياتها وتخصصاتها، مثل : الاعتبارات التي يقتضيها التنظيم الإداري للمستشفى، وطبيعة الخدمات والبرامج المقدمة، وحجم العمل في مختلف وحداته، على ضوء: معدلات الاستخدام السائدة، وأوقات تقديم الخدمة، والمناوبات، والإجازات، ومستوى الرواتب.
- وضع نظام رقابي فعال لمتابعة وتقييم أداء القوى العاملة، بما يؤدي إلى الاستفادة المثلى منها.
- وضع خطة طوارئ لشغل الوظائف الشاغرة التي يكون المستشفى في مسيس الحاجة إلى شغلها.
- وضع خطة لتخفيض أعداد القوى العاملة التي قد لا يحتاج إليها المستشفى على ضوء معدلات حجم العمل، ومعدلات الاستخدام الفعلي للخدمات المقدمة.
- وضع نظام شامل لسياسات التوظيف وأنشطته، والرواتب والمزايا الأخرى، وحفظ ملفات الموظفين، وتنظيم أوقات الإجازات، وإنهاء الخدمة وإجراءات التظلم، وذلك على ضوء لائحة الخدمة في المستشفى.
- وضع خطة سنوية لتنمية مهارات القوى العاملة في المستشفى وتطويرها سواء عن طريق تنفيذ برامج التدريب داخل المستشفى أم خارجه.

ج - محور الموارد المادية:

- ويعتبر في موارد المستشفى المالية، والطبيعية، ومبانيه، وأنظمة الاتصالات والإمدادات الموجودة فيه، وقدراته التقنية المستخدمة. ومن أهم الأساليب الفعالة التي ينبغي مراعاتها ضمن هذا المحور، ما يلي :
- وضع خطة تسويقية فعالة لخدمات التشخيص والعلاج المقدمين بالمستشفى، بما يؤدي إلى زيادة حجم الاستفادة من الإمكانيات المتاحة، من خلال زيادة تدفق السيولة النقدية اللازمة، لتغطية تكاليف التشغيل، وتطوير الخدمات المقدمة.
- إنشاء وحدة تنظيمية لإدارة الموارد المالية للمستشفى. ويفضل أن تكون مرتبطة بمدير المستشفى، وأن يتم إشغال وظائفها بموظفين على مستوى عالٍ من المهارة والخبرة في مجالات المهام المنوطة بها.

- أن تقوم هذه الوحدة، بالتنسيق مع الوحدات الرئيسية الأخرى فى المستشفى، بوضع خطة لإدارة الموارد المالية للمستشفى، فى ضوء لائحته المالية المعتمدة، والأنظمة المالية المعمول بها فى المملكة. وينبغى أن تراعى هذه الخطة طرائق التخطيط، والتحليل، والرقابة المالية وأساليبها، بهدف الحد من تكاليف التشغيل وخفضها، بما يؤدى إلى الاستغلال الكفء لمختلف موجودات المستشفى.
- وضع نظام شامل للأمن والسلامة فى المستشفى لضمان حماية الأرواح والممتلكات، بما فى ذلك خطط مكافحة الحريق، ومواجهة الكوارث.
- وضع نظم فعّالة للاتصالات بالمستشفى، مثل: خدمات الاتصال الهاتفى بين مختلف الوحدات، وخدمات النداء العام، والنداء الآلى عن طريق الأجهزة اللاسلكية.
- وضع نظم فعّالة للصيانة الوقائية، والمخططة، والإصلاح لمختلف تجهيزات المستشفى ونظمه؛ بما يكفل المحافظة عليها، ويضمن كفاءتها التشغيلية خلال العمر الافتراضى لها، مع وجوب الاحتفاظ بالكتيبات المرفقة بالتجهيزات والخرائط التوضيحية المتصلة بمختلف نظم الإمدادات وشبكات التوزيع.
- وضع دليل لضوابط اختيار الأجهزة والمعدات الطبية وغير الطبية وشرائها، ودليل آخر للإجراءات العامة للصيانة والإصلاح.
- دراسة مدى جدوى إيجاد وحدتين تنظيميتين للصيانة والإصلاح: واحدة لصيانة الأجهزة والمعدات الطبية Biomedical Engineering، مثل: أجهزة مراقبة وظائف جسم الإنسان وقياسها ومتابعتها فى وحدات العناية المركزة، وغرف العمليات، وأجهزة التشخيص والعلاج المستخدمة فى مختلف الأقسام الطبية (العيادات، الطوارئ، وحدات التنويم) والطبية المساعدة (كالمختبر، والأشعة، والعلاج الطبيعى، وغرف العمليات). وأخرى لصيانة وإصلاح الأجهزة والمعدات غير الطبية الثابتة والمتحركة Maintenance Department، فضلاً عن مسؤوليتها عن صيانة مولدات الطاقة، والمحركة The In-cinerator التى يتم بها التخلص من النفايات الضارة، ووحدات معالجة المياه، والمجارى، وشبكات توزيعها، وبعض نظم الإمدادات، مثل: نظام الغازات الطبية، ونظام الشفط الطبى والجراحى، ونظم التدفئة والتهوية والتبريد والتكييف.
- إعادة النظر فى الإجراءات المتبعة من أجل الاستغلال الأمثل لمبنى المستشفى (من مكاتب وغرف وصالات)، وللمواقف المخصصة للعاملين والزائرين، ونظم التشجير، والطرق وقواعد المرور فيها.

- إعادة النظر فى الإجراءات المتبعة لتوفير وسائل الراحة والتسليية التى يتوقع أن يجدها المريض فى المستشفى، مثل: الترحيب وحسن المعاملة، والخصوصية، وسرية المعلومات، وتقديم الطعام الجيد، وفترات انتظار تلقى الخدمة، والنظافة، وما شابه ذلك. وهى أمور تسهم فى زيادة رضى المرضى عن الخدمات المقدمة، وتزيد نصيب المستشفى من سوق المرضى.

٢- مرحلة التشغيل:

وتشتمل على تطبيق الأساليب الإدارية الحديثة، التى ثبتت فعاليتها، فى الاستخدام الأمثل للموارد المتاحة، للعديد من المنظمات الهادفة إلى الربح وغير الهادفة إليه، لتقديم الخدمات المطلوبة بالجودة المناسبة، وفقاً للتنظيمات، ومعايير التشغيل الموضوعية التى سبقت الإشارة إليها فى مرحلة التهيئة والإعداد.

ولما كان نظام التشغيل الأمثل للمستشفيات، يتطلب وجود كفاءات على مستوى عالٍ من التخصص، والمهارة، والخبرة فى المجالين الإدارى والتنفيذى، إضافة إلى تخصيص الموارد اللازمة لتقديم الخدمة بالجودة المطلوبة، وبأقل التكاليف الممكنة، فمن الواجب على القائمين، على إدارة المستشفى، الحرص على اختيار الأسلوب الإدارى المناسب، لتشغيل المستشفى بالصورة الذى تتحقق معه فعالية الأداء وكفائه بدرجة عالية لتحقيق الأهداف المرسومة. وهناك العديد من الأساليب الإدارية التى تم تطبيقها بنجاح فى منظمات الرعاية الصحية، مثل: أسلوب الإدارة بالأزمات، وأسلوب الإدارة بالأهداف، وأسلوب إدارة الجودة الشاملة. ولكل من هذه الأساليب الإدارية، إيجابيات وسلبيات قد تعترض المدير عند تطبيقها.

ويعد الأسلوب الأخير، أى أسلوب إدارة الجودة الشاملة، من وجهة نظر المؤلف، من أفضل الأساليب الإدارية الفعالة لتشغيل المستشفى، للسببين الرئيسيين التاليين:

- الأول أنه ينطلق من فرضية أساسية مؤداها أن التحسين المستمر لجودة الخدمات المقدمة أو السلع المنتجة، من خلال المشاركة والتعاون بين الموظفين العاملين فى المنظمة، يؤدى إلى تحسين إنتاجيتها. مما يؤدى إلى زيادة درجة رضا المستهلكين عن الخدمات المقدمة؛ فيرتفع الطلب عليها، وتزداد العائدات المالية للمنظمة، ومن ثم تنخفض تكلفة تقديم هذه الخدمات.

- والسبب الثانى أن تتبنى إدارة المستشفى شعار الجودة (مثلاً: "الجودة هى الحل" أو "مفتاح النجاح هو الجودة") من خلال الفهم الصحيح لهذا النمط الإدارى المتطور

والتطبيق السليم له من قبل جميع العاملين في المستشفى، لا يسهم في الوصول إلى الأهداف الموضوعية فحسب، بل يؤدي إلى الارتقاء بمستوى هذه الأهداف. فعلى سبيل المثال، إذا كان المعدل العام للعدوى الناشئة عن المستشفى Gross Infection Rate هذا العام هو (٢,٥ ٪) من إجمالي المرضى المنومين، أى أقل من المعدل الدولي، أو المعتمد من قبل الهيئة الأمريكية لاعتماد منظمات الرعاية الصحية (٥ ٪) فسيكون الهدف المباشر Target لهذا المعدل الذى ستقيس عليه إدارة المستشفى إنجازاتها فى هذا الخصوص للعام الذى يليه (٢ ٪) أو (١,٥ ٪). وذلك أن إستراتيجيات تطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة، تتجه دائماً نحو التحسين المستمر للنتائج النهائية المرجوة لإجراءات الرعاية المقدمة، ولا تقتصر على الوقوف عند حد معين لجودة الإنجاز المطلوب، أى أن عملية تقديم الخدمة وفق هذا الأسلوب عملية تتصف بالديناميكية والتطور.

ولضمان نجاح تطبيق هذا الأسلوب فى المستشفى يلزم ما يلى:

- وضع معايير للجودة وللتشغيل السليم لمختلف وحدات وأقسام المستشفى، ويمكن للمستشفيات أن تسترشد فى هذا المجال بالمعايير أو الضوابط الموضوعية من قبل الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية، وبتجربة مستشفى الملك فهد للحرس الوطنى بالرياض فى هذا الخصوص.

- الاسترشاد بما ورد من متطلبات وضوابط فى مرحلة التهيئة والإعداد التى سبق ذكرها من قبل.

- تبني منهج أو أسلوب أو نموذج لأعمال المتابعة اليومية - Quality in Daily Work - QIDW للتحقق من جودة الخدمة المقدمة. ويُعد النموذج المتبع فى مستشفى الخليج الأخضر Green Bay فى "بيلين Bellin" فى "ويسكونسن Wisconsin" بالولايات المتحدة الأمريكية مثلاً جيداً يمكن أن يستفاد منه فى أعمال المتابعة اليومية لضمان الجودة. وتتم هذه الأعمال فى المستشفى المذكور، وفقاً لهذا النموذج، من خلال ثلاث عمليات رئيسية، هى: التخطيط للجودة، والرقابة عليها، والتحسين المستمر لها^(٤٢).

وتتطلب العملية الأولى إيجاد مجلس أو وحدة تنظيمية لإدارة الجودة الشاملة تكون بمثابة الإدارة الموجهة التى تدعم تطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة فى جميع وحدات المستشفى، بدءاً من المساعدة فى كيفية تحديد أهداف كل وحدة، والأنشطة الرئيسة المتصلة بتحقيقها، ومروراً بتحديد المعايير النوعية والكمية لضوابط أداء هذه الأنشطة،

وانتهاءً بتحديد مؤشرات الجودة، والأهداف المباشرة للجودة المطلوب تحقيقها. فى حين تستلزم العملية الثانية، أى الرقابة على الجودة، وفقاً للنموذج السابق، قياس أداء الخدمات المقدمة، وتقويم الفجوات بين الأداء الفعلى لها والأداء المرغوب فيه.

أما العملية الثالثة، أى التحسين المستمر للجودة، فتهدف إلى تحقيق نهوض جوهرى بمستويات أداء العمل فى المستشفى، من خلال التقصى المستمر لأسباب المشكلات التى تعوق الأداء، وتقديم الحلول لمواجهتها.

٣- مرحلة المتابعة والتقييم:

تعد هذه المرحلة الإدارية الرئيسية، بمثابة تغذية مرتدة أو مراجعة متأنية لمتابعة مستوى أداء الخدمات المقدمة وتقييمه، وفق الضوابط والمعايير الموضوعية، والأهداف المحددة لها فى خطة التشغيل.

ولضمان نجاح تأدية وظائف هذه المرحلة بالفعالية المطلوبة، أى متابعة أداء الخدمات المقدمة، وتقييم فعاليتها وكفاءتها وجودتها، بما يكفل تحسينها على نحو مستمر وتطويرها؛ لا بد من مراعاة الأسس والشروط التى تمت الإشارة إليها فى المرحلتين السابقتين.

وفيما يلى تلخيص لأهم هذه الأسس والشروط التى تمس جوهر هذه المرحلة، والتى ينبغى مراعاتها والعمل على تحقيقها:

- تأمين الكفاءات الإدارية والفنية، بالنوعيات والتخصصات والأعداد المطلوبة، وتنمية قدراتها ومهاراتها على نحو مستمر، للقيام بأعباء متابعة أداء الخدمات المقدمة وتقييمها.
- وضع خطة واقعية وعملية لتشغيل المستشفى بأهداف واضحة ومحددة.
- إيجاد نظام متكامل لمتابعة أداء الخدمات المقدمة وتقييمها، مبنى على دليل لمعايير جودة الأداء التشغيلي للمستشفى، ومدعم بنظام معلومات محوسب يتسم بالفعالية فى تقديم البيانات والمعلومات الصحيحة فى الوقت المناسب.
- تبنى أسلوب إدارى فعال للتشغيل يتحقق معه التحسين المستمر لجودة الخدمات المقدمة، والاستخدام الأمثل للموارد المتاحة. وقد تمت الإشارة فى هذا المجال إلى ما يراه المؤلف من فوائد فى الاستفادة من تطبيق أسلوب إدارة الجودة الشاملة فى المستشفيات، كمدخل فعال للتخطيط للجودة، والرقابة عليها، والتحسين المستمر لها، مقارنة بالأساليب الإدارية الأخرى.

هوامش الفصل الرابع

- ١- جميل الجشي، التقنية الإدارية فى مشاريع التنمية الإنشائية، الطبعة الأولى (جدة: تهامة للنشر، ١٩٨٧)، ص ٤٩.
- ٢- عبد المحسن الحيدر، تقويم الأداء فى أقسام المرافق الطبية: حقبة تدريبية، (الرياض: معهد الإدارة العامة، بدون تاريخ)، ص ١٢.
- ٣- جميل الجشي، مصدر سابق، ص ٥١.
- ٤- Beaufort B.Longest, **Management Practices for the Health Professional**, 4th ed. (Norwalk , Connecticut : Appleton and Lange, A Publishing Division of Prentice Hall , 1990), p. 180.
- ٥- لمزيد من التفصيل حول أساليب التحليل الشبكي، انظر:
خالد بن سعيد، أساسيات التخطيط فى المنشآت الصحية، الطبعة الأولى (الرياض: مطابع الفرزدق التجارية، ١٩٩٣)، ص ص ١٧٣ - ١٩٩.
- ٦- عبد الحميد الفرائضى، "التقييم والرقابة فى المجال الصحى"، ندوة الإدارة الصحية فى المملكة: واقعها وكيفية تطويرها، المنعقدة فى معهد الإدارة العامة بالرياض خلال الفترة ١٠-١٣ يوليو ١٩٧٦، ص ١.
- ٧- عبد المحسن الحيدر، مصدر سابق ورد ذكره، ص ١٩.
- ٨- المصدر السابق، ص ٢٠.
- ٩- Arnold Kaluzny and James Veney , " Evaluating Health Care Edit- ed,Programs and Services " , **Introduction to Health Services** by Stephen Williams and Paul Torrens , 2nd ed. (New York : A Wiley Medical Publication , John Wiley and Sons , 1984), p. 433.
- ١٠- Ibid ., p. 434.
- ١١- World Health Organization , " Health Program Evaluation : Guid- ing Principles " , **Health for all Series** , No. 6 (Geneva: World Health Organization , 1981), p. 5.
- ١٢- Ibid ., p. 5.
- ١٣- Ibid ., p. 11.
- ١٤- Ibid ., p. 13.
- ١٥- Ibid ., pp. 26-44.

Arnold Kaluzny and James Veney, **op.cit.**, pp. 439-440,443-445. -١٦

١٧- لمزيد من التفصيل، انظر:

Stephen Williams and Paul Torren, **Introduction to Health Services**, 4th ed. (Albany, New York: Delmar Publishers Inc., 1993), pp. 377-384.

18- Robert H. Brook and Kathleen N. Lohr, "Efficacy, Effectiveness, Variations, and Quality", **Medical Care Journal**, Vol. 23, No.5, May 1985, p.711.

19- W. Jack Duncan, Peter M. Grinter, and Linda E. Swayne, **Handbook of Health Care Management** (Malden, MA: Blackwell Publishers, Inc., 1998), pp. 285-286.

٢٠- حسان حريستاني، "تعريف الجودة الطبية وطرق تقديرها: استكشافات في مراقبة الجودة الطبية وتقديرها"، الأصل "لأفديس دونابيديان **Avedis Donabedian**، **مجلة مكتبة الإدارة**، المجلد الثاني عشر، العدد الثالث (الرياض: معهد الإدارة العامة، رمضان ١٤٠٥هـ)، ص ١١٠.

Stephen Williams and Paul Torrens, **op.cit.**, p. 387. -٢١

W. Jack Duncan, Peter M. Grinter, and Linda E. Swayne, **op.cit.**, p.286. -٢٢

٢٣- لمزيد من التفصيل، انظر: حسان حريستاني، "تعريف الجودة الطبية وطرق تقديرها"، مصدر سابق ورد ذكره، ص ١٠٨ - ١٢٣.

W. Jack Duncan, Peter M. Grinter, and Linda E. Swayne, **ibid.**, p.286. -٢٤

٢٥- طلال الأحمدى، **إدارة الجودة الشاملة: تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية وضمان استمرار الالتزام بها**، (كتاب مترجم)، الأصل لـ هيو كوش (الرياض: معهد الإدارة العامة، ٢٠٠٢)، ص ١٣ - ١٥.

٢٦- ريتشارد ويليامز، **أساليب إدارة الجودة الشاملة**، الطبعة الأولى (الرياض: مكتبة جرير، ١٩٩٩)، ص ٧ - ١٢.

٢٧- لمزيد من التفصيل، انظر:

Arnold Kaluzny, C.P.McLaughlin, and D.Kibbe, "Quality Improvement: Beyond the Institution", **Hospital and Health Services Administration**, Vol.40, No.1, Spring 1995, pp.167-188.

- ٢٨- طلال الأحمدى، مصدر سابق، ص ٢، ٦.
- ٢٩- المصدر السابق، ص ٣.
- ٣٠- المصدر السابق، ص ٣.
- ٣١- Stephen Williams and Paul Torrens , **op.cit.** , p. 387.
- ٣٢- Robert H. Brook and Kathleen N. Lohr, **op.cit.** , p. 711.
- ٣٣- لمزيد من التفصيل، انظر:
- Stephen Williams and Paul Torrens, *ibid.* , pp. 388-390.
- ٣٤- وكذلك، انظر:
- Lee Sechrest, "Experiments and Demonstration in Health Services Research", **Medical Care Journal**, Vol.23, No.5, pp.683-684.
- ٣٥- وانظر، أيضاً، فى دليل الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية:
- Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 1996 Edition** (Oakland Terrace, Illinois: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 1997), pp.53-72.
- ٣٦- لمزيد من التفصيل عن مقاييس وضوابط أعمال المراجعة، انظر فى الدليل السابق حول المواقع المختلفة للتحقق من الجودة.
- ٣٧- Stephen Williams and Paul Torrens , **op.cit.** , pp. 390-393.
- ٣٨- حسان حريستانى، إدارة المستشفيات: حقيبة تدريبية (الرياض: معهد الإدارة العامة، بدون تاريخ)، ص ١٨.
- ٣٩- World Health Organization, **op.cit.** , p.17.
- ٤٠- حسان حريستانى، المصدر قبل السابق، ص ٢٠.
- ٤١- المصدر السابق، ص ٢٢.
- ٤٢- Jonathon Rakich, Beaufort Longest, and Kurt Darr, **Managing Health Services Organizations**, 3rd ed. (Baltimore, Maryland: Health Administration Press, 1992), p.427.
- ٤٣- Kenneth M. Brannan, "Total Quality in Health Care", **Production and Inventory Management Journal**, Second Quarter, 1997, pp.69-73.

مراجع الفصل الرابع

أولاً - المراجع العربية:

- ١- ثابت عبد الرحمن إدريس، " قياس جودة الخدمة باستخدام مقياس الفجوة بين الإدراكات والتوقعات: دراسة منهجية بالتطبيق على الخدمة الصحية بدولة الكويت"، *المجلة العربية للعلوم الإدارية*، المجلد الرابع، العدد الأول، نوفمبر/ تشرين الثاني ١٩٩٦م.
- ٢- جميل الجشي، *التقنية الإدارية في مشاريع التنمية الإنشائية*، الطبعة الأولى (جدة: تهامة للنشر، ١٩٨٧).
- ٣- حسان حريستاني، *إدارة المستشفيات (الرياض: الإدارة العامة للبحوث بمعهد الإدارة العامة، ١٤١٠هـ)*.
- ٤- حسان حريستاني، *إدارة المستشفيات: حقيبة تدريبية (الرياض: معهد الإدارة العامة، بدون تاريخ)*.
- ٥- حسان حريستاني، "تعريف الجودة الطبية وطرق تقديرها: استكشافات في مراقبة الجودة الطبية وتقديرها"، الأصل " لأفديس دونابديان Avedis Donabedian، *مجلة مكتبة الإدارة*، المجلد الثاني عشر، العدد الثالث (الرياض: معهد الإدارة العامة، رمضان ١٤٠٥هـ).
- ٦- حسين الفلاحى، *نظم المعلومات الإدارية من وجهة نظر المستفيد* (كتاب مترجم)، الأصل لـ James O. Hicks (الرياض: معهد الإدارة العامة، ١٤٠٧هـ).
- ٧- خالد بن سعيد، *أساسيات التخطيط فى المنشآت الصحية*، الطبعة الأولى (الرياض: مطابع الفرزدق التجارية، ١٩٩٣).
- ٨- خالد سعد بن سعيد، "مدى فعالية برامج الجودة النوعية بمستشفيات وزارة الصحة السعودية"، *المجلة العربية للعلوم الإدارية*، المجلد الثاني، العدد الأول، نوفمبر/ تشرين الثاني ١٩٩٤م.
- ٩- ريتشارد ويليامز، *أساليب إدارة الجودة الشاملة*، الطبعة الأولى (الرياض: مكتبة جرير، ١٩٩٩).
- ١٠- سمير أبو الفتوح، "إطار مفتوح لتطبيق مفاهيم الجودة الشاملة فى قطاع الخدمات الصحية"، *مجلة المال والتجارة*، عدد أغسطس / سبتمبر، ١٩٩٥.

- ١١- طلال الأحمدي، إدارة الجودة الشاملة: تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية وضمان استمرار الالتزام بها، (كتاب مترجم)، الأصل لهيو كوش (الرياض: معهد الإدارة العامة، ٢٠٠٢).
- ١٢- عبد الحميد الفرائضي، "التقييم والرقابة في المجال الصحي"، ندوة الإدارة الصحية في المملكة: واقعها وكيفية تطويرها، المنعقدة في معهد الإدارة العامة بالرياض خلال الفترة ١٠-١٣ يوليو ١٩٧٦.
- ١٣- عبد المحسن الحيدر، تقويم الأداء في أقسام المرافق الطبية: حقيبة تدريبية، (الرياض: معهد الإدارة العامة، بدون تاريخ).
- ١٤- محمود مطر، "واقع الإدارة المالية في المستشفيات: دراسة تطبيقية على بعض مستشفيات مدينة الرياض"، الإدارة العامة، العدد ٧٣ (الرياض: معهد الإدارة العامة، ١٤١٢هـ).
- ١٥- محمود مطر، "إستراتيجية احتواء التكاليف وزيادة الكفاءة في المستشفيات: نموذج مقترح"، الإدارة العامة، العدد ٧٦ (الرياض: معهد الإدارة العامة، ١٤١٢هـ).
- ١٦- محمود مطر، "محددات الهدر للموارد المالية في القطاع الصحي: دراسة ميدانية في المملكة العربية السعودية"، المجلة العربية للعلوم الإدارية، المجلد الرابع، العدد الثاني، مايو/ أيار ١٩٩٧.
- ١٧- هانم إبراهيم الشبيني، "نظم المعلومات في المستشفيات"، مجلة التنمية الإدارية، العدد ٥٨، يناير ١٩٩٣.

ثانياً - المراجع الأجنبية:

- 1-Arnold Kaluzny, C.P.McLaughlin, and D.Kibbe, "Quality Improvement: Beyond the Institution", **Hospital and Health Services Administration**, Vol.40, No.1, Spring 1995.
- 2- Arnold Kaluzny and James Veney, "Evaluating Health Care Edited, Programs and Services", **Introduction to Health Services** by Stephen Williams and Paul Torrens, 2nd ed. (New York: A Wley Medical Publication, John Wiley and Sons, 1984).
- 3- Beaufort B.Longest, **Management Practices for the Health Professional**, 4th ed. (Norwalk, Connecticut: Appleton and Lange, A Publishing Division of Prentice Hall, 1990).

- 4-Emily Friedman, "Making Choices", **Health Care Forum Journal**, November / December , 1997.
- 5-John Guaspari, "Total Quality Management in Health Care", **Hospital & Health Services Administration** , Spring 1991.
- 6- **Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 1996 Edition** (Oakland Terrace, Illinois: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 1997).
- 7- Jonathon Rakich , Beaufort Longest , and Kurt Darr , **Managing Health Services Organizations** , 3rd ed. (Baltimore, Maryland: Health Administration Press , 1992).
- 8- Kenneth M. Brannan, "Total Quality in Health Care", **Production and Inventory Management Journal**, Second Quarter, 1997.
- 9- Lee Sechrest, " Experiments and Demonstration in Health Services Research ", **Medical Care Journal**, Vol.23, No.5.
- 10- Michael E. Milakovich, "Creating a Total Quality Health Care Environment", **Health Care Management Review**, Spring 1991.
- 11- Pan S. Kim & Delinda D. Johnson, " Implementing Total Quality Management Programs in Health Care Industry ", **Health Care Supervisor** , March 1994.
- 12- Robert H. Brook and Kathleen N. Lohr , " Efficacy, Effectiveness, Variations, and Quality " , **Medical Care Journal** , Vol. 23, No.5, May 1985.
- 13- Scott Nordlund, " Implementing Total Quality Management Programs in Health Care Organizations " , **Hospital Material Management Quarterly**, May 1991.
- 14- Stephen Williams and Paul Torrens , **Introduction to Health Services**, 4th ed.(Albany, New York: Delmar Publishers Inc. , 1993).
- 15- Susan E. Heinbuch,"A Case of Successful Technology Transfer to Health Care: Total Quality Materials Management and Just in Time, **Journal Management in Medicine**, Vol. 9, No. 9 ,1995.
- 16- World Health Organization , " Health Program Evaluation : Guiding Principles " , **Health for all Series** , No. 6 (Geneva: World Health Organization , 1981).
- 17- **World Health Organization**, "A Review of Determinants of Hospital Performance: Report of the WHO, Hospital Advisory Group Meeting", (Geneva: World Health Organization, District Health Systems, Division of Strengthening of Health Services, 11-15 April 1994).
- 18- W. Jack Duncan, Peter M. Grinter, and Linda E. Swayne, **Handbook of Health Care Management** (Malden, MA: Blackwell Publishers, Inc., 1998).

الفصل الخامس

حل المشكلات الإدارية واتخاذ القرارات في منظمات الرعاية الصحية

Managerial Problem Solving and
Decision Making In Health Care Organizations

يتناول هذا الفصل بشيء من التفصيل موضوعين متشابهين هما حل المشكلات الإدارية واتخاذ القرارات فى منظمات الرعاية الصحية. ويبدأ الفصل باستعراض سريع للفرق بين حل المشكلات الإدارية واتخاذ القرارات وأنواعها، وأنواع المشكلات الإدارية، ثم يوضح العلاقة المنطقية بين تحليل المشكلات وحلها واتخاذ القرارات، ويلى ذلك عرض موجز لعملية حل المشكلات، والعوامل التى تؤثر على حل المشكلات واتخاذ القرارات، ثم يعرض الفصل أهم وسائل حل المشكلات وأساليب اتخاذ القرارات.

أولاً - مفهوم حل المشكلات الإدارية واتخاذ القرارات:

يعد حل المشكلات الإدارية واتخاذ القرارات جزءاً لا يتجزأ من وظائف العملية الإدارية. ويمكن أن يُعدَّ بمثابة نشاطين يقوم المديران بإنجازهما على نحوٍ مستمر فى وحداتهم التنظيمية لمواجهة الأوضاع - أو الحالات أو المسائل أو المواقف أو الظواهر أو مستويات الأداء - غير المرغوب فيها، والتى تشكل عائقاً يحول دون الوصول إلى أهداف وحداتهم المرسومة بكفاءة وفعالية عاليتين. وهناك فرق بين حل المشكلة واتخاذ القرار. فالمدير يقضى أغلب وقته إما فى حل المشكلات، وإما فى اتخاذ القرارات، أو فى كليهما معاً. فتحليل المشكلة أو حلها يشتمل على سلسلة من الخطوات المنطقية التى تبدأ بالإحساس بالمشكلة أو إدراكها (مثلاً: فشل جراحات معينة أو ارتفاع معدلات العدوى الناشئة عن المستشفى بالقياس إلى المعدلات المقبولة أو المعتمدة له - طول متوسط بقاء المرضى فى المستشفى - زيادة معدلات حالات الإدخال غير الضرورية إلى المستشفى - ارتفاع نسبة عدد العاملين فى المستشفى للسريير الواحد)، مروراً بتحديداتها تحديداً دقيقاً من حيث طبيعتها وأبعادها ومكوناتها وزمانها وحجمها وخطورتها وآثارها، وانتهاءً بوضع بدائل الحلول الممكنة للتغلب عليها، وتقييم كل منها، والمفاضلة الموضوعية بينها، تمهيداً لاتخاذ القرار المناسب بشأن اختيار الحل المناسب من بينها، وتهيئة الظروف الضرورية لوضع هذا الحل موضع التنفيذ العملى (مثلاً توفير الكفاءات ذات المهارة، وتأمين الاعتمادات المالية المطلوبة، ووضع السياسات والضوابط والمعايير والإجراءات والاحتياطات اللازمة لتنفيذ الحل على نحوٍ سليم)، ومتابعة دقة تنفيذه، وتقييم درجة فعاليته وكفائه فى حل المشكلة.

أما اتخاذ القرار فهو وظيفة فكرية تتمثل فى اختيار حل من بين بدائل مختلفة لمواجهة موقف ما أو التغلب على مشكلة معينة. فالأساس إذاً فى تعريف اتخاذ القرار هو اختيار

حل من بين بدائل مختلفة. فاتخاذ القرار يحدث عندما يختار المديرون الحل المناسب. وببساطة يمر اتخاذ القرار بالخطوتين الرئيسيتين التاليتين: تحديد بدائل الحلول الممكنة لحل المشكلة أو التغلب عليها، والمفاضلة الموضوعية بينها لاختيار بديل الحل المناسب للمشكلة.

ثانياً - أنواع القرارات:

يمكن تصنيف أنواع القرارات التي يتخذها المديرون في منظمات الرعاية الصحية بطرق عدة. ولكن يمكن حصرها في الفئات الرئيسية الأربع التالية: القرارات النهائية، وقرارات وسائل تحقيقها، والقرارات الإدارية، والقرارات التشغيلية، والقرارات القابلة للبرمجة وغير القابلة لها. وفيما يلي عرض موجز لكل نوع^(٢،١):

١- القرارات النهائية - وقرارات وسائل تحقيقها Ends - Means Decisions: يقصد

بالقرارات النهائية Ends Decisions القرارات التي يتخذها عادة مجلس إدارة منظمة الرعاية الصحية وهيئتها الاستشارية وكبار المديرين فيها، من أجل اختيار أهدافها المحددة لتحقيق مهمتها أو رسالتها Organization's Mission؛ أى الغرض الكامن وراء وجودها من حيث كونها منظمة. وتتصاغ هذه الأهداف عادة نتيجةً نهائيةً لنشاط مخطط يتعلق بما يجب إنجازه خلال فترة زمنية محددة لتحقيق رسالة المنظمة. أما قرارات وسائل تحقيق الأهداف المحددة Means Decisions (أو ما يطلق عليه اسم القرارات الإستراتيجية Strategic Decisions)، فهي تعبر عن اختيار الإستراتيجيات أو البرامج التشغيلية أو الأنشطة المناسبة لتحقيق تلك الأهداف المحددة. فعلى سبيل المثال، يحقق اتخاذ قرار باعتماد تطبيق إستراتيجية الجودة وتحسين الإنتاجية في منظمة الرعاية الصحية عدة أهداف محددة، مثل النهوض بمستوى جودة الرعاية والخدمة المقدمة، وزيادة رضا المستفيدين، واستخدام الموارد استخداماً أفضل.

٢- القرارات الإدارية Administrative Decisions: وهى تعبر عن القرارات التي يتم

اتخاذها من قبل كبار المديرين في منظمة الرعاية الصحية في ضوء السياسات المعتمدة أو القواعد الأساسية، لتنفيذ الإستراتيجيات المختارة لتحقيق أهدافها المحددة. وهذه القرارات تنطوي على مضامين رئيسية فيما يتعلق بقضايا ترشيد استعمال الموارد، وكفاءة استخدام الخدمات المتاحة، والنهوض بجهود التحسين المستمر للجودة. ومن أمثلة هذه القرارات، تلك القرارات المتعلقة بالإبلاغ عن أفضل الوسائل للحد من تكاليف التشغيل، وعن مدى جدوى استقطاب كفاءات طبية معينة لرفع مستوى

استخدام الخدمات المتاحة، والإبلاغ عن مدى جدوى تشغيل بعض خدمات المنظمة، مثل الصيانة والنظافة والمغسلة، عن طريق عقود التشغيل.

٣- القرارات التشغيلية Operational Decisions: وهى تعبر عن القرارات التى يتم اتخاذها بصورة عامة من قبل المديرين فى المستويين الأوسط والمباشر بصدد أنشطة التشغيل اليومية لمختلف الوحدات التنظيمية. وتشمل هذه القرارات على سبيل المثال قرارات شراء الأجهزة وصيانتها، وقرارات توزيع نوبات العمل، وقرارات تعديل نظم العمل، وقرارات تحديد المهام.

٤- القرارات القابلة للبرمجة وغير القابلة لها Programmable-Nonprogrammable: تعبر القرارات القابلة للبرمجة عن القرارات التى تتصف بالنمطية والتكرار. وهذه القرارات يتم اتخاذها عادة من قبل رؤساء الوحدات التنفيذية على ضوء لوائح وأدلة الإجراءات المنظمةة للعمل، مثل لائحة خدمة العاملين واللائحة المالية، ولائحة إدارة المواد، وأدلة إجراءات العمل. ومن أمثلتها قرارات إدخال المرضى والتخطيط لإخراجهم المبكر، وقرارات إصدار الفواتير وتحليلها، وقرارات جدولة المواعيد، وقرارات إجراءات الجرد والتزويد. أما القرارات غير القابلة للبرمجة فتعبر عن القرارات المنفردة وغير النمطية والتى لا يمكن برمجتها. ومن أمثلة القرارات غير القابلة للبرمجة قرارات توسيع المرافق أو إضافة مرافق جديدة، أو إيقاف مرافق قائمة، أو الاشتراك فى خدمات معينة، أو إثبات الحاجة إلى أسرة جديدة، أو إعادة إنشاء الهيكل التنظيمى للمنظمة، أو إدخال نظم حاسوب جديدة وغيرها.

ثالثاً - أنواع المشكلات الإدارية:

تواجه منظمات الرعاية الصحية ألواناً من المشكلات المتنوعة والمتداخلة، التى يستلزم كل منها اتخاذ قرار ما بغية التغلب عليها، من أجل النهوض المستمر بمستويات جودة أداء العمل وإنتاجيته. ويمكن تصنيف هذه المشكلات تيسيراً لعملية عرضها، إلى مشكلات سلوكية، ومشكلات فنية أو تقنية، وأخرى تشغيلية أو إجرائية. وفيما يلى عرض موجز لكل نوع منها:

أ - المشكلات السلوكية: وترتبط بصفة رئيسية بالسلوكيات السلبية السائدة بين بعض العاملين فى المنظمة، من حيث سوء تصرفاتهم وأفعالهم وردود أفعالهم المتبادلة فيما بينهم من جهة، وتجاه المرضى من جهة أخرى. ومن أبرز هذه المشكلات: عدم التوافق والانسجام الاجتماعى بين بعض أعضاء جماعات العمل وسوء العلاقات بينهم،

والاتجاهات السلبية عند بعضهم نحو العمل، وانخفاض الروح المعنوية عند بعضهم الآخر نحو عملهم، وسوء تعامل بعضهم مع المرضى، ولا سيما من أعضاء الهيئتين التمريضية والطبية، وتأثير ذلك السلبي المؤدى إلى عدم رضا المرضى عن الخدمات المقدمة لهم، ومقاومة الكثير منهم للتدابير التشخيصية والعلاجية المرسومة لهم.

ب - المشكلات الفنية أو التقنية: وترتبط هذه المشكلات ارتباطاً مباشراً بالكفاءة التشغيلية لأنظمة الحاسبات الآلية، وأنظمة التهوية والتكييف، وأنظمة التحكم فى الغلايات، والأجهزة والمعدات الطبية وغير الطبية. ومن أبرز هذه المشكلات تعطل بعض النظم أو الأجهزة عن العمل أو توقفها، نتيجة لسوء استخدامها، أو لإهمال صيانتها، أو بسبب تقادمها، أو لعدم توافر قطع الغيار اللازمة لها.

ج - المشكلات التشغيلية أو الإجرائية : وترتبط هذه المشكلات بصفة عامة بأعمال إدارة المنظمة الصحية، ولا سيما تلك المتعلقة بأعمال تسييرها اليومى. ومن أمثلة هذه المشكلات: طول فترات انتظار المرضى فى العيادات الخارجية وأقسام الطوارئ، بما يزيد عن المعدلات المتفق عليها أو المعتمدة من قبل المنظمة، وكثرة الفحوص المخبرية والشعاعية غير الضرورية، لتعجل الأطباء فى الوصول إلى تشخيص المرض فى الحالات غير الطارئة أو العاجلة، وفقدان بعض السجلات الطبية، وانخفاض مستوى توثيق الرعاية المقدمة فيها، وكثرة الأعمال الكتابية التى تقوم بها الممرضات على حساب المهام التمريضية المسندة إليهن، وضالة الاعتمادات المالية المخصصة لبعض الأنشطة المطلوبة، وتأخر تأمين بعض المواد اللازمة على الرغم من الحاجة الملحة إليها، ونقص أعداد العاملين فى بعض الأقسام، والتضخم الوظيفى فى أقسام أخرى، وعدم الاستفادة القصوى من بعض الكفاءات الموجودة، وغياب الرقابة على سلامة إعداد الأطعمة وكفاءة تخزينها، وعدم تقيد بعض العاملين بلوائح المنظمة وسياساتها والالتفاف عليها، ولا سيما مشكلة الوساطة.

وتجدر الإشارة إلى أن بعض المشكلات المشار إليها أعلاه قد تكون جلية وواضحة، ومن ثم يسهل تحديد أسبابها وتشخيصها والتوصل إلى حلول مناسبة لها، مثل طول فترات انتظار المرضى فى العيادات الخارجية. ولكن هناك مشكلات أخرى قد تكون خفية، ومن ثم تحتاج إلى تحليل دقيق لبيان أسبابها الرئيسية والعوامل المرتبطة بكل منها من أجل مواجهتها على نحو شامل، مثل تدنى مستويات جودة الرعاية المقدمة، على الرغم من التزام العاملين ببرنامج إدارة الجودة والتحسين. وهناك مشكلات قد تكون كامنة، أى أنها ليست

قائمة فى الوقت الحاضر، ولكنها معرضة للظهور فى صورة مشكلات حقيقية فى المستقبل، فى حال عدم الإعداد لمواجهةها قبل ظهورها. فعلى سبيل المثال قد يكون مستوى الأداء الحالى لبعض الأطباء فى منظمة الرعاية الصحية مقبولاً أو جيداً، ولكن عدم اهتمام إدارة المنظمة باعتماد خطة لبرامج التعليم الطبى المستمر، من أجل تطوير قدراتهم ومهاراتهم فى مجال تخصصاتهم، قد تكون له آثار سلبية على مستويات أدائهم لعملهم فى المستقبل.

رابعاً - العلاقة بين تحليل المشكلات الإدارية وحلها واتخاذ القرارات:

يشترك جميع المديرين فى حل المشكلات ذات الصلة بالعمل، سواء أكانت هذه المشكلات واضحة أم غامضة، معقدة أم بسيطة، رئيسية أم ثانوية، عاجلة أم آجلة، وقد تشمل على درجات متفاوتة من التكلفة، والخطر، وعدم التأكد^(٣).

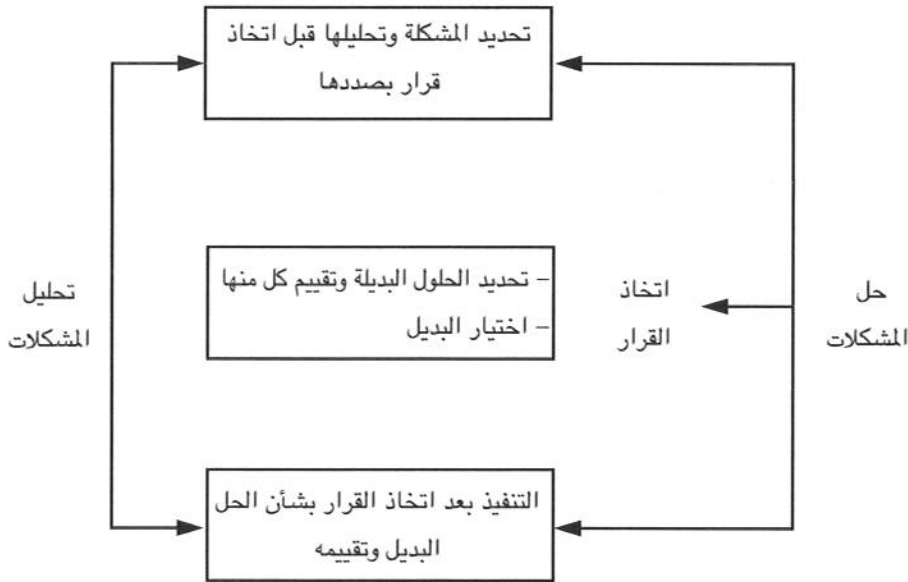
وتتنوع عملية حل المشكلات أو مواجهتها على مجموعة من الأنشطة أو الخطوات التى يمكن أن يقوم المديرين من خلالها بإحداث التغيير المطلوب؛ وتتألف هذه العملية من الخطوات التالية^(٤):

- تحديد المشكلة التى تتطلب اتخاذ قرار بصدها (أو الموقف أو الحالة Situation) وتحليلها.
- تحديد بدائل الحلول لمواجهة المشكلة والمفاضلة الموضوعية بينها.
- اختيار البديل المناسب لحل المشكلة.
- تهيئة الظروف الضرورية لتنفيذ الحل البديل الذى تم اختياره.
- وضع الحل البديل موضع التنفيذ.
- متابعة دقة تنفيذ الحل البديل وتقييم درجة فعاليته وكفائه.

هذا ويوضح الشكل رقم (١) العلاقة بين حل المشكلة Problem Solving وتحليلها Problem Analysis واتخاذ القرار. ومنه يظهر أن حل المشكلة يشتمل على اتخاذ القرار على الرغم من أن التعبيرين كثيراً ما يستخدمان للدلالة على الشيء نفسه. إلا أن جميع قضايا حل المشكلات تشتمل على اتخاذ قرار (أى الاختيار من بين البدائل)، ولكن ليس من شأن كل القرارات أن تشتمل على حل المشكلات. ويعود الفرق فى الحقيقة إلى أن حل المشكلات يشتمل على تحليل المشكلات Problem Analysis، أى تقييم حالة أو موقف ما قبل اتخاذ القرار Predecision Situation، والتنفيذ بعد اتخاذ القرار وتقييمه^(٥).

الشكل رقم (١)

العلاقة بين حل المشكلات وتحليلها واتخاذ القرارات*



* Jonathon Rakich , Beaufort Longest , and Kurt Darr , Managing Health Services Organizations , 3rd ed. (Baltimore , Maryland: Health Professions Press , 1992) , p.386.

خامساً - عملية حل المشكلات Problem Solving Process:

يعد حل المشكلات عملية يقوم فيها المديرون بتحليل حالات أو مواقف Situations واتخاذ القرارات من أجل إحداث تغيير ما، بحيث يؤدي ذلك إلى أن تكون النتائج الفعلية للمنظمة (أى مخرجاتها) ذات صلة أوثق بتلك النتائج المرغوب فى تحقيقها. هذا، ويمكن تصنيف عملية حل المشكلات حسب الحالات التالية^(٦):

- **حالات مستقبلية Prospective Conditions**: إذا كان حل المشكلات يتم إنجازه بالنظرة المستقبلية إلى الحادثة Event أو الحوادث التى قد تؤدي إلى نتائج تنظيمية قد تكون غير متناغمة أو منسجمة مع تلك النتائج المرغوب فيها.

- **حالات استعادية Retrospective Conditions:** ولا سيما عندما يتم تطبيقها لقياس الانحرافات بين النتائج الفعلية والنتائج المرغوب فيها التي حدثت بالفعل. وحل المشكلات بأسلوب استعادي يحدد سبب الانحراف وكيفية العمل على تصحيحه. وأخيراً فقد يكون حل المشكلات من النوع الراهن Concurrent عندما تلتزم منظمة الرعاية الصحية بمبدأ التحسين المستمر للجودة والإنتاجية.

ونتناول فيما يلي الحالات التي تمهد لحل المشكلات، ولأنشطة حل المشكلات:

أ - الحالات التي تمهد لحل المشكلات:

وثمة طريقة أخرى لتصنيف حل المشكلات تبعاً للحالات التي استدعتها. والخطوات التالية تكشف عن الحالات والأساليب المرتبطة بمواجهة حل المشكلات. وهذه الخطوات هي التالية (٧، ٨، ٩):

- ١- فرصة حل المشكلة Opportunity Problem Solving وهي التي تتصف بالمستقبلية Prospective والتوقعية Anticipatory، وهي تحدث عندما يعرض الحدث أو الحالة على منظمة الرعاية الصحية في الصورة التي تفضلها أو تسمح لها بتحقيق نتائج تنظيمية مرغوب فيها بدرجة أعلى. أو أن يكون الحدث أو الحالة مما يمكن أن تخلف أثراً سلبياً على أداء الخدمة في منظمة الرعاية الصحية.
- ٢- حل المشكلة التي قد تسبب أزمة Crisis وهي التي تحتاج إلى حل مباشر أو مستقبلي.
- ٣- حل المشكلة عند وجود انحراف عن الوضع المرغوب فيه. وهذا النوع من الحالات يحدث بأسلوب استعادي Retrospective.
- ٤- حل المشكلة بهدف التحسين.

ب - أنشطة حل المشكلات Problem Solving Activities:

يؤثر ناتج حل المشكلات الإدارية تأثيراً ثابتاً على تخصيص الموارد واستخدامها وعلى نتائج العمل التي يكون المدير مسؤولاً عنها؛ وعلى كثير من وقت المدير، ولا سيما وقت المديرين في مستويي الإدارة العليا والوسطى، الذي يقضى كما أشرنا آنفاً، إما في حل المشكلات، وإما في اتخاذ القرارات، أو في كليهما معاً. وكثيراً ما يكون حل المشكلات أمراً غير سهل، ويمكن أن يكون مستهلكاً للوقت إلى حد بعيد، ولا سيما المشكلات الإدارية التي تتسم بالتعقيد، أو تكون خارج نطاق السيطرة المباشرة للمدير^(١٠). ومع ذلك لا تخرج عملية حل المشكلة الإدارية في جوهرها، بغض النظر عن أنموذج المشكلة أو

مجاله أو الظروف التي تَسْتَأْهِلُ الحاجة إلى حل المشكلة، والوقت الذي تتطلبه، وَحِدَةً تحليلها، عن الخطوات التالية^(١١، ١٢، ١٣):

- تحليل المشكلة، وعلى وجه التحديد ذلك الخاص بالتعرف على المشكلة وتحديدتها (بما في ذلك جمع المعلومات المتوافرة عنها وتقييمها).
- طرح الافتراضات Assumptions المتصلة بالمشكلة.
- تحديد الحلول البديلة المؤقتة.
- تقييم الحلول البديلة وتطبيق معايير القرار.
- اختيار الحل المناسب وتنفيذه.
- تقييم النتائج الفعلية للحل.

ويوضح الشكل رقم (٢) أنموذج عملية حل المشكلة الذي اقترحه كل من "راكيش Ra-kich ولونغست Longest و دار Darr" لتفسير الترابط المنطقي بين خطوات حل المشكلة الأنفة الذكر.

وفيما يلي عرض موجز لخطوات عملية حل المشكلة الإدارية على ضوء الشكل الأنف الذكر للأنموذج المقترح من قبل كل من "راكيش Rakich ولونغست Longest و دار Darr":

١- تحليل المشكلة (التعرف على المشكلة وتحديدتها):

يعد تحليل المشكلة، حسب الشكل رقم (٢)، نقطة الانطلاق الأولى لعملية حلها. وتبدأ هذه الخطوة بالتعرف على المشكلة وتحديدتها تحديداً دقيقاً، سواء أكانت من^(١٤):

- النوع الظاهر الذي يسهل إداركه: عندما تكون هناك مؤشرات تدل على أن النتائج الفعلية تتسم، أو سوف تتسم بعدم الانسجام مع النتائج المرغوب فيها. فزيادة معدلات عدوى الجراحات الناشئة عن المستشفى، عن المعدل المقبول مثلاً، يشير إلى مشكلة قائمة تستدعي حلاً لها.

- أم من النوع الخفي الذي لا يسهل إداركه من دون إمعان النظر في أبعاده الحقيقية. وقد شبه "هونجو Hongo" هذا النوع من المشكلات:

"بجبل الجليد الذي يكون معظمه تحت سطح الماء، وبالتالي لا يرى المشاهد منه إلا ذلك الجزء البسيط الطافي فوق سطح الماء. فإذا لم يمعن ريان السفينة مثلاً النظر

إليه ولم يتمكن من التعرف عليه في الوقت المناسب، فقد تصطدم به سفينته، وربما أدى ذلك إلى تحطيمها أو غرقها" (١٥).

ومن أمثلة هذا النوع من المشكلات ما يواجه بعض منظمات الرعاية الصحية الخاصة من مواقف جديدة قد تؤدي إلى مشكلات محتملة إذا لم يتم تداركها في وقت مبكر. كأن تقرر منظمة الرعاية الصحية تكثيف برامجها التسويقية قبل أن يحدث تراجع في معدلات استخدام المرضى لخدماتها بسبب التنافس المتزايد بين منظمات الرعاية الصحية الخاصة على اجتذاب المرضى. فهنا يترتب على منظمة الرعاية الصحية أن تحل مشكلة التجاوب مع التنافس في وقت مبكر قبل أن تتفاقم المشكلة (١٦).

- وقد تكون المشكلة من النوع الكامن الذي لم يبرز إلى السطح بعد، أي أنها ليست مشكلة قائمة حالياً، ولكنها معرضة للظهور مشكلة حقيقية في المستقبل، في حال عدم التنبؤ بها والإعداد لمواجهةها. ومن الأمثلة على المشكلات الإدارية الكامنة عدم اهتمام المنظمة بتنمية قدرات العاملين ومهاراتهم. وفي هذا الصدد يرى الدكتور ربحي الحسن أنه:

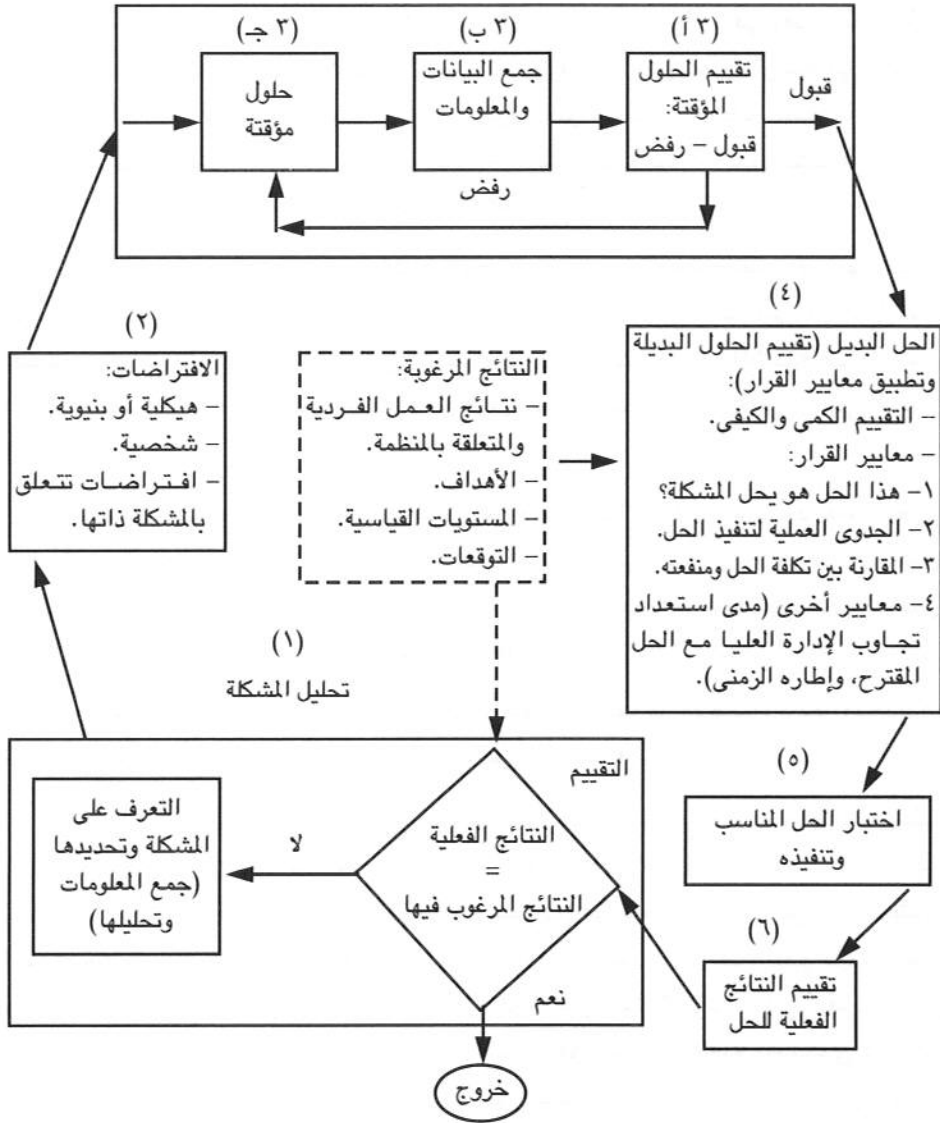
"قد يكون مستوى الأداء الحالي للعاملين مقبولاً أو جيداً، ولكن عدم وجود خطة لتطوير مهاراتهم من خلال برامج تدريبية مدروسة قد يؤدي إلى تدنى مستوى الأداء في المستقبل، وبوجه خاص في المؤسسات التي تتعرض للتغيير السريع، نظراً لعدم إعداد العاملين لمواجهة هذه التغيرات ومواكبة ما يستجد من تطورات في مجال عملهم" (١٧).

وكما أشرنا سابقاً، يتطلب تحليل المشكلة التعرف عليها أو الإحساس بها وتحديدتها تحديداً دقيقاً. وفي إطار هذا السياق يقرر "كُونُ Cowan":

"من النادر أن يحدث التعرف على المشكلة على أنها حدث منفصل عما عداه من بقية الأحداث، أو مستقل عن الظروف المحيطة به. ففي مجال الممارسة تحدث هذه العملية خلال فترات من الوقت متنوعة (من ثوانٍ إلى سنوات) في خضم ألوان شتى من الأنشطة المتواصلة، وبطرق مختلفة، تبعاً لكل من العوامل المتصلة بالمواقف والعوامل المتصلة بالأفراد. ففي أوقات معينة، تكون عملية التعرف على المشكلة آلية، وفي أوقات أخرى يشارك فيها جهد واع. وفي كثير من الأحيان تكون ظاهرة تتسم بمستوى عالٍ من الموضوعية، وتؤدي إلى أوصاف للمشكلة يوافق عليها كل المعنيين بالمسألة، وفي أوقات أخرى تكون عملية ذاتية بدرجة حاسمة، حيث تختلف طبيعة المشكلة من فرد إلى آخر" (١٨).

الشكل رقم (٢) أنموذج عملية حل المشكلات*

(٣) تحديد الحلول البديلة المؤقتة



* Jonathon Rakich , Beaufort Longest , and Kurt Darr , op.cit. , p.389.

وفى مرحلة التعرف على المشكلة وتحديدها، حسب الشكل رقم (٢)، ينبغي تجميع المعلومات وتقييمها منهجياً لتقرير وجود المشكلة وتحديد طبيعتها ومداها. ويمكن أن تشمل مصادر المعلومات فى المواقف المنتظمة التقارير الدورية، ومصادر البيانات، والمقابلات، والملاحظة، والمعلومات الواردة من مجموعات العمل، ومعلومات التغذية المرتدة من المستفيد^(١٩). وفى المواقف غير المنتظمة أو المعقدة يمكن أن يكون من الضروري استخدام الدليل المرتبط بالظروف والتفكير الاستدلالي، بل يمكن أن يكون من الضروري استخدام التفكير الاستبعادي Exclusionary Thinking من أجل تقرير أن المشكلة لا وجود لها. وفى النهاية يتم الوصول إلى استنتاجات حول المشكلة، ويتم تصنيفها تبعاً لنوعها، وطبيعتها، ومجالها^(٢٠). ويسمى "نوت Nutt" مرحلة هذا التحديد القائم على التعرف على المشكلة مرحلة الصياغة Formative، لأنها تقرر طبيعة كل العمل اللاحق الذى تنشأ عنه البدائل على وجه الخصوص. ويضاف إلى ذلك أن إنهاء مرحلة تحديد المشكلة قبل أوانه يمكن أن يؤدي إلى حل غير مرضٍ أو غير مقبول، أو حل مشكلة غير المشكلة الصحيحة^(٢١،٢٢).

٢- طرح الافتراضات Assumptions المتصلة بحل المشكلة :

تؤثر الافتراضات تأثيراً مباشراً على جودة حل المشكلة. وفى هذا الإطار يشير برايتمان Brightman إلى أن هناك ثلاث مقولات تحيط بمعظم الافتراضات: هيكلية أو بنيوية، وشخصية، وافتراضات تتعلق بالمشكلة ذاتها^(٢٣، ٢٤، ٢٥).

أما الافتراضات البنيوية فهي التى تتعلق بسياق المشكلة. وهى بمعنى معين افتراضات حدودية. مثلاً هل المشكلة تدخل ضمن إطار سلطة المدير (أم خارج هذا الإطار)؟ وهل الموارد الإضافية المطلوبة لحل المشكلة متوافرة أم غير متوافرة؟ وهل هناك إدارات أخرى لها صلة بالمشكلة؟ أم أنها ناجمة عن عوامل خارجية لا يمكن التحكم فيها مثل انخفاض عدد المرضى بسبب البطالة المحلية العالية، أو بسبب انخفاض مستويات تعويض النفقات الصحية من قبل طرف ثالث.

وأما الافتراضات الشخصية فهي استنتاجات وأشكال من التحيز يأتى بها المديرون إلى حل المشكلة. وكثيراً ما ترتكز إلى تجربة سابقة لوضع بدائل الحلول المناسبة لمواجهة المشكلة والتغلب عليها.

وأما الافتراضات حول المشكلة ذاتها فيمكن أن تغطى نطاقاً واسعاً من الحلول المؤقتة لحل المشكلة تبعاً لخطورة المشكلة، والآثار التى تترتب على عدم حلها، وحدتها، ودرجة إلحاحها.

٣- تحديد الحلول البديلة المؤقتة:

طبقاً للشكل السابق رقم (٢) تتضمن هذه الخطوة النظر في الحلول البديلة المؤقتة (٣)، وجمع البيانات والمعلومات المتعلقة بكل منها (٣ ب) إذا اقتضت الضرورة، وتقييم مزايا كل حل بديل مؤقت (٣ ج)، من أجل قرار مبدئي بالقبول أو الرفض. فإذا كانت الحلول البديلة المؤقتة غير مقبولة، وجب تكرار الخطوة^(٢٦). وفي هذا المجال ينبه الدكتور ربحي الحسن إلى ما يلي:

"لكي تتاح لهذه (الخطوة) فرصة النجاح، سيكون من الضروري إطلاق العنان للتفكير المبدع ولابتكار بدائل عديدة، ولا سيما عند مواجهة مشكلات جديدة. ففي حالة المشكلات المتكررة يمكن الاستعانة بالحلول السابقة التي كانت فعالة في معالجتها في الماضي، وكذلك الحال بالنسبة للمشكلات البسيطة التي لا تحتاج من القائد الإداري سوى الرجوع إلى اللوائح والأنظمة أو تعديل إجراء عمل أو نحو ذلك. أما في حالة المشكلات الجديدة (التي ليس لها سوابق) أو المعقدة (ذات الأبعاد الكثيرة والمتداخلة) فإن من الضروري وضع بدائل عديدة ومبتكرة لمواجهتها"^(٢٧).

وهناك عوامل عديدة تؤثر على الوقت والموارد المكرسين لدورة أو حلقة الحل البديل المؤقت (انظر الشكل رقم ٢). وأهم عاملين من هذه العوامل هما الجودة والدقة في التحديد المبدئي للمشكلة، والدرجة التي لا تكون عندها الافتراضات تقييدية إلى حد مفرط. أما العوامل الأخرى فهي التعقيد في نظم المعلومات في منظمة الرعاية الصحية، ومدى توافر البيانات، والدرجة التي يصل إليها تنظيم بنية المشكلة، فالمشكلات غير المنتظمة البنية هي أكثر تعقيداً وتنطوي على كثير من المتغيرات، كما تقتضي وقتاً أطول لحلها، وهي تتطلب من الاهتمام أكثر مما تتطلبه تلك المشكلات التي تتسم بالبساطة، وتكون واضحة نسبياً، أو محددة تحديداً ضيقاً^(٢٨).

ويحذر كل من "راكيش Rakich، و لونغست Longest، و دار Darr" من أن حلقة الحل البديل المؤقت قد تنطوي على مخاطرتين. فبعض المديرين يهدر الكثير من الوقت والموارد في البحث عن الحل الأمثل، على حين يكون هناك حل آخر مقبول أيضاً. ويضاف إلى ذلك أن الاهتمام المتوسع بأنشطة الحلقة، والتكرار الممل يمكن أن يكون عذراً لعدم اتخاذ إجراء ما. وقول المرء "أنا أحتاج إلى مزيد من المعلومات" يمكن أن يكون تبريراً للماطلة والتسويق وعدم اتخاذ قرار^(٢٩).

٤- تقييم الحلول البديلة وتطبيق معايير القرار:

ينتج عن حلقة الحل البديل المؤقت، حسب الشكل السابق، جملة من البدائل يتم تقييمها ومقارنتها لاختيار بديل الحل المناسب. وعندما يتم تقييم البدائل يضع المديرون، بصورة رسمية أو غير رسمية، معايير للقرارات، وهى الوسائل التى يتم بها تقييم الحلول البديلة والمقارنة بينها. وهذه المعايير تتضمن المعايير المتصلة بمربع " النتائج المرغوب فيها " فى قلب الشكل رقم (٢). وهذا يعنى، هل يفضى البديل إلى النتائج المرغوب فيها؟ ويضاف إلى ذلك أن هناك على الأقل ثلاثة نماذج أخرى من معايير القرار تطبيق فى العادة: فعالية البديل فى حل المشكلة، والإمكانية العملية للتنفيذ، ومقبولية البديل المرتكزة على تحليل التكلفة بالنسبة للمنفعة، وتحليل المزايا بالنسبة للعيوب^(٣٠).

ويعد جدول (أو شبكة) القرار Decision Grid من أفضل الوسائل المساعدة لتسهيل عرض كافة الحلول البديلة المتعلقة بالقرار الواجب اتخاذه لاختيار بديل الحل المناسب، فى ضوء العناصر أو المعايير المستخدمة فى تقييمها (الشكل رقم ٣)^(٣١).

الشكل رقم (٣)

استخدام جدول القرار للمقارنة بين الحلول البديلة*

القرار فى اختيار البديل	العناصر المستخدمة فى تقييم المشكلة (عناصر افتراضية)				الإمكانية العملية للتنفيذ	تحقيق الهدف (تأثيره المباشر فى حل المشكلة)	البديل
	العيوب	المزايا	درجة قبول الأفراد المعنيين للحل واستعدادهم لتنفيذه	التكلفة النسبة			
							١
							٢
							٣
							٤
							٥

* المصدر: الكاتب.

٥- اختيار الحل المناسب وتنفيذه:

بعد إتمام الخطوات السابقة لعملية حل المشكلة يمكن للقائم أو القائمين على حلها اتخاذ قرار بشأن اختيار الحل المناسب من بين بدائل الحلول المطروحة، وتهيئة الظروف المناسبة لتنفيذه على ضوء الاعتبارات التي سبقت الإشارة إليها في الخطوة السابقة، ثم وضعه موضع التنفيذ العملي. أما إذا كان الوصول إلى قرار بصدد اختيار الحل المناسب ليس بالأمر السهل، فيمكن إرجاع السبب إلى إخفاق ما في خطوة أو أكثر من الخطوات السابقة.

ومن الأمور التي ينبغي مراعاتها لضمان نجاح عملية تنفيذ الحل المناسب أن يأتي توقيت تنفيذ الحل مناسباً لظروف عمل المنظمة والعاملين فيها، وأن يكون منسجماً مع إمكانياتها المتاحة، وأن يلقي تقبلاً عند الذين يجب عليهم تنفيذه.

٦- تقييم النتائج الفعلية للحل:

تمثل هذه الخطوة، حسب الشكل رقم (٢)، خلاصة عملية التحقق من مدى توافق النتائج الفعلية للحل الذي تم تنفيذه مع النتائج المرجوب فيها. فإذا كان الحل متوافقاً تعد المشكلة محلولة، ومن ثم تعد عملية حلها ناجحة وفعالة. أما إذا كان متوافقاً بصورة جزئية، أو لم يكن متوافقاً أبداً، فلا بد عندئذٍ من إجراء مراجعة شاملة لجميع الخطوات التي مرت بها عملية حل المشكلة لتحديد أسباب عدم الوصول إلى الحل المناسب.

سادساً - العوامل التي تؤثر في حل المشكلات واتخاذ القرارات:

يمثل حل المشكلات وعناصرها الأساسية، واتخاذ القرارات نشاطين ديناميكيين لا يحدثان في الفراغ^(٣٢). وهناك العديد من العوامل التي تؤثر في حل المشكلات واتخاذ القرارات وفي الأسلوب المستخدم وفي النتيجة النهائية أو جودة البديل الذي تم اختياره. ويوضح الشكل رقم (٤) ثلاث مجموعات من العوامل وهي:

- الصفات التي تخص القائم على حل المشكلة.
- طبيعة الحالة أو الموقف.
- المعوقات في البيئة Constraints in the Environment.
- وفيما يلي عرض موجز لكل منها^(٣٣، ٣٤):

الشكل رقم (٤)

العوامل التي تؤثر في حل المشكلات واتخاذ القرارات*



* بتصرف من :

Jonathon Rakich , Beaufort Longest , and Kurt Darr , op.cit. , p.393.

١- المعوقات البيئية:

تؤثر البيئات الداخلية والخارجية لمنظمات الرعاية الصحية في حل المشكلات الإدارية من خلال وضع معوقات في وجه الحلول المختارة تحد من إمكانات اختيار البدائل ذات الجدوى. وقد تنقسم هذه المعوقات إلى معوقات خارجية وأخرى داخلية.

ومن المعوقات الخارجية: العوامل ذات الصلة بالأمور القانونية والسياسية والاقتصادية والثقافية والتنظيمية والرقابية وغيرها. ولعل مما يمكن أن يعوق تلك البدائل متطلبات الحصول على شهادة إثبات الحاجة Certificate of Need من أجل الحصول على الدعم الحكومي لتوسيع المرفق أو إضافة خدمة جديدة كما هو متبع في الولايات المتحدة الأمريكية مثلاً.

ومن المعوقات الداخلية: المعوقات البيئية الداخلية التي تؤثر تأثيراً مباشراً في حل المشكلات. فالأهداف التنظيمية والمستويات القياسية للأداء والتوقعات حول النتائج المرغوب فيها تحد من البدائل التي يمكن طرحها. وكذلك شأن العوامل الثقافية.

٢- الحالة The Situation:

يؤثر العديد من الحقائق المتصلة بالحالة التي تحدث فيها المشكلة والحقائق المتصلة بالمشكلة نفسها في عملية حل المشكلة والنتائج. ومن أهم الأمور التي تؤثر في الحالة إلحاح المسؤولين في الوصول إلى النتائج، وضغط الوقت، وحجم الحالة، وأهميتها، ووضوحها، أو عدم اليقين فيها، والأخطار التي قد تسببها، فضلاً عن تكلفتها ومزايا مواجهتها.

٣- الصفات التي تخص القائم على حل المشكلة The Problem Attributes:

ومن أهم الصفات التي تؤثر في حل المشكلة الخبرة والمعرفة وقدرة القائم على حل المشكلة على اتخاذ الحكم المناسب، وهو الذي يتولى تقدير المشكلة وصنع القرار. وفي مجال الخدمات الصحية، تعد المعرفة والخبرة من المتطلبات ذات الضرورة الحاسمة من أجل تجويد الرعاية المقدمة للمريض. وهذا الأمر يمكن إدراكه من خلال تراخيص العمل وتصديق الشهادات، وذلك أن الأطباء والمرضات والصيادلة والعديد من الأخصائيين الفنيين يتمتعون بسنوات عديدة من التعليم الرسمي والتدريب السريري. وكذلك الحال بالنسبة لمديري منظمة الرعاية الصحية الذين يدعمون تعليمهم ببرامج التدريب العملي في المواقع التنظيمية المختلفة في منظمة الرعاية الصحية.

والمعرفة والخبرة أمران حاسمان في حل المشكلة واتخاذ القرار، وهما يقتربان عادة باتخاذ الحكم المناسب والحدس القوي.

ولا شك في أن ملاحظات القائم على حل المشكلة ووجهات نظره وشخصيته وأشكال انحيازه تؤثر في حل المشكلة واتخاذ القرار.

أما القيم والمبادئ فيؤثران في حل المشكلة بطريقتين. فالقيم الفردية والمناقبية والأخلاق تؤثر في الافتراضات وتساعد على تحديد جدوى الحلول البديلة.

سابعاً - أساليب حل المشكلات الإدارية:

يقضى المديرون أغلب وقتهم، كما أشرنا من قبل، في حل المشكلات الإدارية التي تواجههم في مجال عملهم، ويتخذون القرارات بشأن مواجهتها. وقد يقومون بذلك إما بمفردهم، أو بشكل جماعي عن طريق إشراك رؤسائهم أو نظرائهم أو مرؤوسيههم. ولكل أسلوب مزاياه ومساوئه. فأسلوب حل المشكلات بالأسلوب الفردي ينطوي على مزية استغلال الوقت على نحو فعال. فقد يكون في إشراك الآخرين مضيعة للوقت، ولاسيما

عندما تكثر أعدادهم. كما أن إشراك الآخرين قد يتسبب فى ضغط اجتماعى للاتفاق أو الامتنال لقرار. إلا أن هذا لا ينفى أهمية الأسلوب الجماعى فى اتخاذ القرارات غير النمطية التى تقتضى مهارات عالية ومتنوعة، والتى ينتج عنها حلول تتسم بالجودة العالية التى تتعدد فيها وجهات النظر وتنعكس فيها خبرات المشاركين بها ومعلوماتهم^(٣٥).

ومن الأساليب التى يمكن تطبيقها لحل المشكلات جماعياً فى منظمات الرعاية الصحية اللجوء إلى ما يلى:

- استخدام حلقات الجودة وسيلةً لتحليل المشكلات عن طريق الإجماع فى الرأى للتوصل إلى الحلول المناسبة لها.

- أسلوب تحسين الجودة، وذلك من خلال تشكيل فرق تحسين الجودة من أجل العمل على حل العديد من المشكلات المتنوعة، ولأسيما تلك المشكلات التى تتصل بأكثر من إدارة أو وظيفة.

- تشكيل اللجان الطبية والفنية والإدارية التى تستدعيها طبيعة العمل لحل بعض المشكلات المزمنا كقضايا انخفاض إنتاجية العاملين، واستخدام الخدمات الصحية، ومستوى جودة الرعاية المقدمة، أو لحل مشكلات عرضية كمسائل ترك الوظيفة، والسرقات، وأشكال النزاع بين بعض جماعات العمل.

ثامناً - وسائل اتخاذ القرارات:

من التغيرات المثيرة للاهتمام فى الممارسة الإدارية التنامى المطرد فى استخدام وسائل اتخاذ القرارات، ولأسيما الكمية منها، وذلك من أجل تحسين نوعية القرارات، وتيسير الوصول إليها، وجعلها أكثر فعالية، وأفضل توقيتاً. ويستطيع القارئ المهتم أن يجد ضالته فى بعض الكتب المتخصصة فى الأساليب الكمية وغير الكمية، لاتخاذ القرارات التى تتناول هذه الأساليب وافترضاها ومجالات استخدامها بالتفصيل.

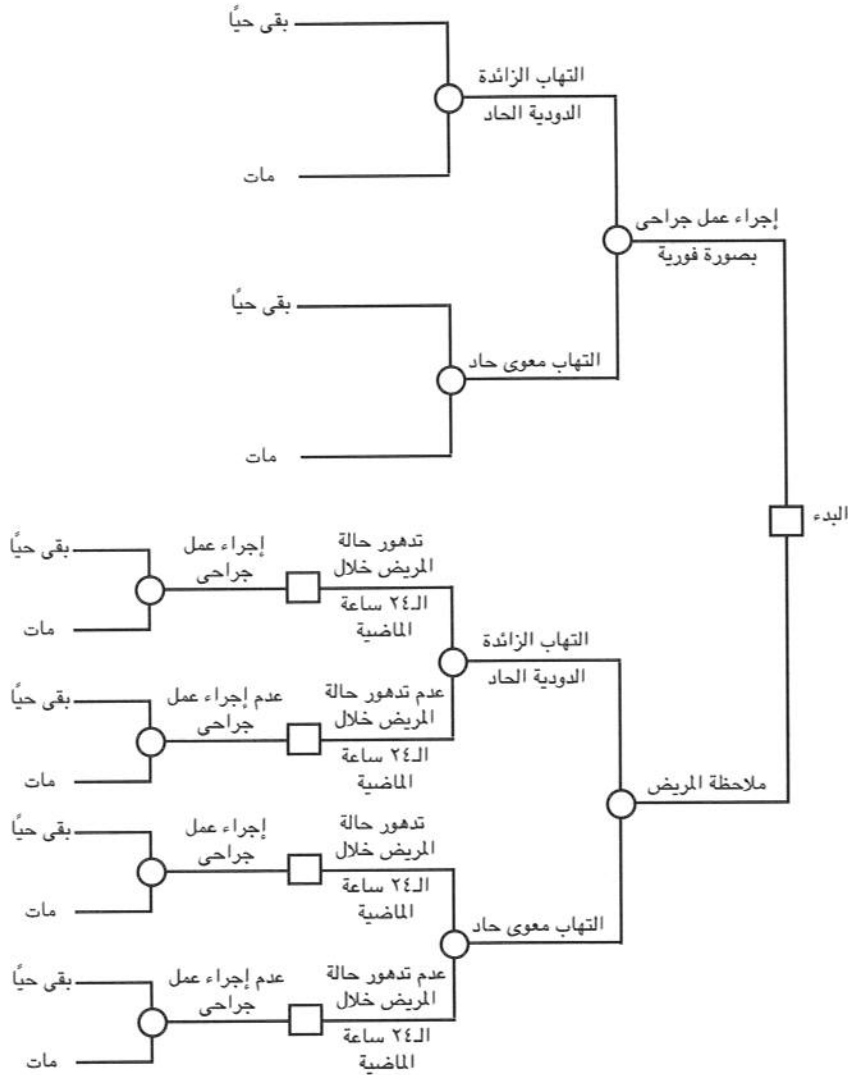
إلا أننا نود أن نشير ههنا، إلى أن من وسائل اتخاذ القرارات الشائعة الاستخدام فى منظمات الرعاية الصحية ما يلى^(٣٦، ٣٧، ٣٨):

- **جداول أو شبكات القرار Decision Grids:** التى سبقت الإشارة إليها.
- **شجرات القرار Decision Trees:** وهى وسائل تعرض بصفة عامة لخيارات عمل متعددة، من أجل اختيار قرار مناسب من بينها (الشكل رقم ٥).

- أسلوب تحليل مردودية التكلفة Cost Benefit Analysis: ويفيد متخذى القرار عندما يجابهون صعوبة فى تحديد مردودية التكاليف الحقيقية لبدائل الحلول المطروحة.
- أسلوب تقييم البرامج ومراجعتها PERT: لما كان توقيت القرارات مهماً، وفى بعض الحالات يعد أهم جانب فى القرار نفسه. وبما أن عنصر الوقت يعد المتغير الرئيسى فى هذا الأسلوب. لذا يتم اللجوء إلى استخدام هذا الأسلوب لتقدير توقيت القرارات التى يتم اتخاذها لوضع الحل المنشود موضع التنفيذ العملى.
- أسلوب البرمجة الخطية Linear Programming: وهو أسلوب رياضى يساعد المديرين فى اتخاذ القرارات المتعلقة بتحديد المزيج الأمثل من الموارد المحدودة والنادرة، من أجل تحقيق الأهداف المرغوبة فى ظل مجموعة من المعوقات والقيود الخطية. ومن أهم تطبيقات هذا الأسلوب حل المشكلات المرتبطة بإنتاجية الخدمات الطبية المساعدة (كالمختبرات الطبية والأشعة) والتقرير عن الوضع التشغيلى المناسب لها. كما يساعد فى إيجاد حلول لمشكلة ضيق المساحات التخزينية المخصصة.
- أسلوب تحليل نقطة التعادل Break Even Analysis: وهو أسلوب رياضى يساعد بعض متخذى القرارات فى تقدير جدوى إيجاد خدمات جديدة أو توسعة خدمات قائمة - ولاسيما خدمات العيادات الخارجية أو الخدمات الطبية المساعدة - من خلال التعرف على نقطة التعادل لكمية الإنتاج التى تتساوى فيها التكاليف الكلية مع الإيرادات الكلية. ومن ثم التعرف على الكمية اللازمة من الإنتاج لتحقيق قدر معين من الأرباح للمنظمة.
- نموذج الكمية الاقتصادية للطلب The Economic Order Quantity Model: وذلك لتمكين بعض متخذى القرار من تحديد الكمية المثلى للطلب على بعض اللوازم والمستهلكات، الأمر الذى يساعد على تقليل تكاليف التخزين وتجنب ركود رأس المال، مع ضمان توافر المخزون المناسب من تلك اللوازم والمستهلكات على الدوام.

الشكل رقم (٥)

شجرة القرار عند الشك في وجود التهاب حاد للزائدة الدودية *Acute Appendicitis



* Peter Doubilet and Barbara McNeil, Clinical Decision Making , Medical Care Journal, Vol.23,No.5, May 1985,p.649.

هوامش الفصل الخامس

- ١- لمزيد من التفصيل حول رسالة المنظمة، ورؤيتها، وقيمها، وأهدافها الإستراتيجية، انظر:
Peter Ginter , Linda Swayne , and W. Jack Duncan , **Strategic Management of Health Care Organizations** , 3rd ed. (Malden, MA: Blackwell Business , 1998), pp. 139-164.
- ٢- Jonathon Rakich , Beaufort Longest , and Kurt Darr , **Managing Health Services Organizations** , 3rd ed. (Baltimore , Maryland: Health Professions Press , 1992), p.384.
- ٣- Ibid., p.385.
- ٤- Ibid., p.385.
- ٥- Ibid., p.385.
- ٦- Ibid., p.386.
- ٧- Ibid., p.387.
- ٨- Thomas Gallagher , **Problem Solving With People: The Cycle Process** (New York: University of America Press, 1987),p.77.
- ٩- John Pearce and Richard Robinson, **Management** (New York: Random House,1989),p.65.
- ١٠- Jonathon Rakich, Beaufort Longest, and Kurt Darr, **op.cit.**, p.388.
- ١١- Ibid., pp.388-389.
- ١٢- ربحى الحسن، "معالجة المشكلات الإدارية: مدخل عام"، **مجلة الإدارة العامة**، العدد ٤٩ (الرياض: معهد الإدارة العامة، رجب ١٤٠٦ / مارس ١٩٨٦)، ص ١٤.
- ١٣- وليد هوانة، الإشراف: **مدخل علم السلوك التطبيقي لإدارة الناس**، (كتاب مترجم)، الأصل لـ جيري جراى (الرياض: معهد الإدارة العامة، تحت الطبع ١٩٨٨)، ص ص ٥٤٧ - ٥٥٦.
- ١٤- ربحى الحسن، **مصدر سبق ذكره**، ص ١٤.
- ١٥- **المصدر السابق**، ص ص ١٠-١١.
- ١٦- Jonathon Rakich , Beaufort Longest , and Kurt Darr , **op.cit.** , p.390.
- ١٧- ربحى الحسن، **مصدر سابق**، ص ١٤.

١٨- وردت هذه الفقرة في كتاب:

Jonathon Rakich , Beaufort Longest , and Kurt Darr , **ibid.** , p.390.

Stephen Andriole, Handbook of Problem Solving: **An Analytical Methodology** (New York: Petrocelli Books, Inc., 1983), p.25.

Jonathon Rakich , Beaufort Longest , and Kurt Darr , **ibid.** , p.390. -٢٠

Ibid. , pp.390-391. -٢١

Paul Nutt , " How Top Managers in Health Organizations Set Directions That Guide Decision Making ", **Hospital and Health Services Administration Journal** , Vol.36, (Spring 1991), p.59. -٢٢

Harvey Brightman , **Problem Solving: A Logical and Creative Approach** (Atlanta, Georgia: Business Publication Division, 1980), pp.81-82. -٢٣

Chee Chow, Kamal Haddad, and Adrian Wong- Boren " Improving Subjective Decision Making in Health Care Administration, **Hospital and Health Services Administration Journal**, Vol.36, (Summer 1991), pp.192-193. -٢٤

Jonathon Rakich , Beaufort Longest , and Kurt Darr , **op.cit.** , p.391. -٢٥

Ibid. , p.391. -٢٦

٢٧- ربحي الحسن، مصدر سابق، ص ١٨.

Jonathon Rakich , Beaufort Longest , and Kurt Darr , **ibid.** , p.391. -٢٨

Ibid. , pp.391-392. -٢٩

Ibid. , p.392. -٣٠

Beaufort Longest, **Management Practices For The Health Professional** , 4th ed. (Norwalk, Connecticut: Appleton and Lange, 1990), p.78. -٣١

Jonathon Rakich , Beaufort Longest , and Kurt Darr , **ibid.** , p.393. -٣٢

Ibid. , pp.393-394. -٣٣

Harvey Brightman , **op.cit.** , pp.83-84. -٣٤

٣٥- للاطلاع، انظر:

على عبد الوهاب، مقدمة في الإدارة (الرياض: معهد الإدارة العامة، ١٩٨٢)، ص ص ٤٦-٤٧.

٣٦- لمزيد من التفصيل حول هذا الموضوع، انظر:

Beaufort Longest, **Management Practices For The Health Pro-**

professional , 4th ed. (Norwalk,Connecticut:Appleton and Lange,1990), pp.78-87.

٣٧- وكذلك، انظر:

خالد بن سعيد، أساسيات التخطيط في المنشآت الصحية، الطبعة الأولى (الرياض: مطابع الفرزدق التجارية، ١٩٩٣)، ص ص ١٧٣-٢٨٠.

٣٨- وانظر أيضاً في كتاب:

DM Warner and DC Holloway , **Decision Making and Control For Health Administration**, 2nd ed. (Ann Arbor,Michigan: Health Administration Press,1984).

مراجع الفصل الخامس

أولاً - المراجع العربية:

- ١- خالد بن سعيد، أساسيات التخطيط في المنشآت الصحية، الطبعة الأولى (الرياض: مطابع الفرزدق التجارية، ١٩٩٣).
- ٢- ربحي الحسن، " معالجة المشكلات الإدارية: مدخل عام "، مجلة الإدارة العامة، العدد ٤٩ (الرياض: معهد الإدارة العامة، رجب ١٤٠٦ / مارس ١٩٨٦) .
- ٣- على عبد الوهاب، مقدمة في الإدارة (الرياض: معهد الإدارة العامة، ١٩٨٢) .
- ٤- وليد هوانة، الإشراف: مدخل علم السلوك التطبيقي لإدارة الناس، (كتاب مترجم)، الأصيل لـ جيري جراي (الرياض: معهد الإدارة العامة، تحت الطبع ١٩٨٨) .

ثانياً - المراجع الأجنبية:

- 1- Beaufort Longest, **Management Practices For The Health Professional**, 4th ed. (Norwalk, Connecticut: Appleton and Lange, 1990).
- 2- Chee Chow, Kamal Haddad, and Adrian Wong- Boren " Improving Subjective Decision Making in Health Care Administration ", **Hospital and Health Services Administration Journal** , Vol.36 , (Summer 1991).
- 3- DM Warner and DC Holloway , **Decision Making and Control For Health Administration**, 2nd ed. (Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press, 1984).
- 4- Harvey Brightman , **Problem Solving: A Logical and Creative Approach** (Atlanta, Georgia: Business Publication Division, 1980).
- 5- John Pearce and Richard Robinson , **Management** (New York: Random House, 1989).
- 6- Jonathon Rakich , Beaufort Longest , and Kurt Darr, **Managing Health Services Organizations**, 3rd ed. (Baltimore, Maryland: Health Professions Press, 1992).
- 7- Paul Nutt, " How Top Managers in Health Organizations Set Directions That Guide Decision Making ", **Hospital and Health Services Administration Journal** , Vol.36, (Spring 1991).
- 8- Peter Doubilet and Barbara McNeil, **Clinical Decision Making** , **Medical Care Journal** , Vol.23, No.5, May 1985.

- 9- Peter Ginter , Linda Swayne , and W. Jack Duncan , **Strategic Management of Health Care Organizations** , 3rd ed. (Malden, MA: Blackwell Business , 1998).
- 10- Thomas Gallagher , **Problem Solving With People: The Cycle Process** (New York: University of America Press , 1987).
- 11- Stephen Andriole, **Handbook of Problem Solving:An Analytical Methodology** (New York: Petrocelli Books, Inc.,1983).

الفصل السادس

نظم المعلومات الصحية Health Information Systems

تعد المعلومات الصحية المتطورة الركيزة الأساسية لتطوير الخدمات الصحية وتحسين أوجه الاستفادة منها. ويتطلب تحقيق جودة رعاية عالية للمريض توثيقاً متأنياً لكل حالة من حالات المرضى في سجلاتهم الطبية. كما أن المعلومات الإدارية والمالية تعد أساسية لضمان الدعم الفعال لعملية رعاية المريض. ومن جهة أخرى يحتاج المديرون إلى المعلومات لوضع الإستراتيجيات ومتابعة تنفيذ البرامج وتقييمها.

والمعلومات مورد مهم، ولذا ينبغي التخطيط لها وإدارتها لضمان فعاليتها في دعم الأهداف التنظيمية والأهداف التفصيلية المرتبطة بها. ويتناول هذا الفصل بإيجاز التطور التاريخي لنظم المعلومات الصحية، وتطبيقات تقنية المعلومات في مجال رعاية المرضى وإدارة الخدمات الصحية، وتخطيط نظم المعلومات الصحية وتصميمها وتنفيذها وتشغيلها، والإرشادات العملية لإدارة نظم المعلومات في منظمات الرعاية الصحية بفعالية وكفاءة عاليتين، وذلك على النحو التالي:

أولاً - التطور التاريخي لنظم المعلومات الصحية:

تُعرّف إدارة نظم المعلومات بأنها التجميع النمطي (الروتيني) للبيانات وتنظيمها وتحويلها على نحو متكامل إلى معلومات لدعم اتخاذ القرارات التي تستدعيها طبيعة العمل^(١). وتتراوح إدارة نظم المعلومات في منظمات الرعاية الصحية بين نظم بسيطة تعتمد على تقنيات التحليل اليدوي وبين نظم معقدة تعتمد على تقنيات التحليل بالحاسب الآلي.

وقد بدأت إدارة نظم المعلومات الصحية في أول الستينيات في بعض المستشفيات في كل من الولايات المتحدة الأمريكية، والمملكة المتحدة، وبعض الدول الأوروبية التي أدخلت الأتمتة Automation (أو التسيير الذاتي الآلي) على بعض العمليات التشغيلية الإدارية فيها، ولاسيما في مجال وضع جداول الرواتب وحسابات المرضى^(٢،٣). ولم يجر الالتفات الجدى لأتمتة نظم المعلومات السريرية في تلك الفترة، على الرغم من تصميم بعض نظم المعلومات لخلاصات السجلات الطبية Medical Records Abstracts لاستخدامها بعد خروج المريض لأعمال المراجعة الطبية^(٤).

ومع تقدم التقنية خلال السبعينيات توسع استخدام إدارة نظم المعلومات في المستشفيات. وقد أصبحت الحاسبات في تلك الفترة أرخص وأصغر مع كفاءة أكبر في

قوتها التحليلية. وبدأ بعض الباعة فى تطوير تطبيقات برمجية يمكن استخدامها فى أى مستشفى أو عيادة أو أى منظمة صحية. وشملت هذه التطبيقات كلاً من: حسابات المرضى - المحاسبة العامة - إدارة المواد - والجدولة Scheduling. كما تم تطوير بعض الحزم البرمجية السريرية للمستشفيات من أجل استخدامها فى المختبرات السريرية، وأقسام الأشعة، والصيديات، وأقسام التمريض.

وفى تلك الفترة أصبح المستخدمون قادرين على الوصول إلى قواعد المعلومات من خلال النهايات الطرفية للحاسبات الآلية^(٦٠، ٥).

أما فى منتصف الثمانينيات فقد حدث تقدم لافت للنظر فى تطوير الحاسبات الآلية الشخصية وفى قدراتها التخزينية، إلى حد فاق الأجهزة الكبيرة المسماة Main Frame. وكان التقدم الثانى البارز تطور شبكات البيانات الإلكترونية التى ربطت بين الحاسبات الآلية الشخصية والأجهزة الكبيرة لتتشارك فى المعلومات على أساس لا مركزى. كما أن العديد من باعة الحاسبات الآلية دخل إلى سوق برمجيات الرعاية الصحية. وأصبح الكثير من التطبيقات جاهزاً لخدمة الوظائف الإدارية والسريرية^(٧).

أما التسعينيات فقد شهدت نقطة تحول مذهلة فى بيئة الرعاية الصحية، نتيجةً للتوسع السريع فى إدارة الرعاية، وتطوير نظم تقديم الرعاية الصحية المتكاملة Integrated Health Care Delivery System، ولاسيما فى الولايات المتحدة الأمريكية. ويقصد بهذه النظم شبكة المستشفيات والعيادات الخارجية وعيادات الأطباء وبيوت التمريض ومراكز التأهيل الطبى، ومنظمات الرعاية الصحية الأخرى التى تكاملت فيما بينها لتوفير جميع الخدمات المطلوبة لمجتمع المرضى، وتحسين نوعية المعلومات المتعلقة بهم وبرعايتهم^(٨، ١٠٩). وقد تمكنت هذه النظم بأجمعها من تكوين شبكات معلومات متكاملة تشترك فيها فى المعلومات السريرية والمالية بين أعضائها وبين مشترى الخدمات الصحية فى إطار الشبكة الرئيسة لهذه النظم. ونتيجة لذلك، أعطيت الأولوية لتطوير السجلات الطبية المُمَكِّنة لكى يكون من الممكن المشاركة فيها إلكترونياً عبر الشبكة. وتلا هذه الأولوية أولوية تطوير نظام دعم القرارات فى مجالات التخطيط، والإدارة، وتقييم نتائج الرعاية المقدمة من قبل مقدمى خدمات الرعاية الصحية المشتركين فى الشبكة^(١١، ١٢).

ويعد سجل المريض المستمد من الحاسب The Computer - Based Patient Record من أهم المبادرات المتقدمة التى شهدتها فترة التسعينيات لتحسين سجلات

المرضى وإدارة معلوماتها إدارةً أفضل في ضوء خطوات التقدم التكنولوجي في علوم الحاسب التي حدثت خلال هذه الفترة. فقد أنجز المعهد الطبي الأمريكي التابع لأكاديمية العلوم الوطنية The Institute of Medicine of the National Academy في إبريل من عام ١٩٩١ السجل الطبي الإلكتروني بعد دراسة استمرت ثمانية عشر شهراً. وتم تصميم هذا السجل من قبل المعهد المذكور لتصوير بيانات دقيقة وتامة عن المريض، لدعم قرارات الممارسين بصدد تشخيص حالة المريض السريرية ومعالجتها. وهو لا يختلف عن السجل الورقي في شيء. وسوف يشهد تطبيقه انتشاراً واسعاً في العقد القادم في منظمات الرعاية الصحية^(١٣). ويتطلب التحضير لإعداد هذا السجل أن تقوم منظمات الرعاية الصحية بتحديد البيانات السريرية وغير السريرية التي يجب أتمتها، من أجل إخراج السجل الطبي الإلكتروني بالشكل المطلوب.

واليوم، أضحي مديرو الرعاية الصحية يتولون دوراً قيادياً في المشاركة الفعالة في تطوير نظام معلومات فعال لدعم رعاية المرضى، وتقييم أداء العمل ونتائجه، والسيطرة على تكاليف الرعاية الصحية في إطار بيئة تكاملية. ومعظم البيانات المطلوبة لدعم هذه الأهداف موجود حالياً في معظم نظم الرعاية الصحية.

وتعرض الفقرات التالية أهم تطبيقات إدارة نظم المعلومات المستخدمة في يومنا هذا في حقل الرعاية الصحية ولاسيما في المستشفيات.

ثانياً - تطبيقات تقنية المعلومات في مجال رعاية المريض وإدارة الخدمات الصحية:

تمثل نظم المعلومات الصحية الحالية مجموعة التطبيقات المتنوعة الهادفة إلى تلبية متطلبات معالجة المعلومات في منظمات الرعاية الصحية المختلفة. ويندرج معظم هذه التطبيقات ولاسيما في المستشفيات في ثلاثة فئات رئيسة هي (الشكل رقم ١):

نظم المعلومات السريرية Clinical Information Systems.

نظم المعلومات الإدارية والمالية Administration and Financial Systems.

نظم معلومات دعم القرارات الإستراتيجية Strategic Decision Support Systems.

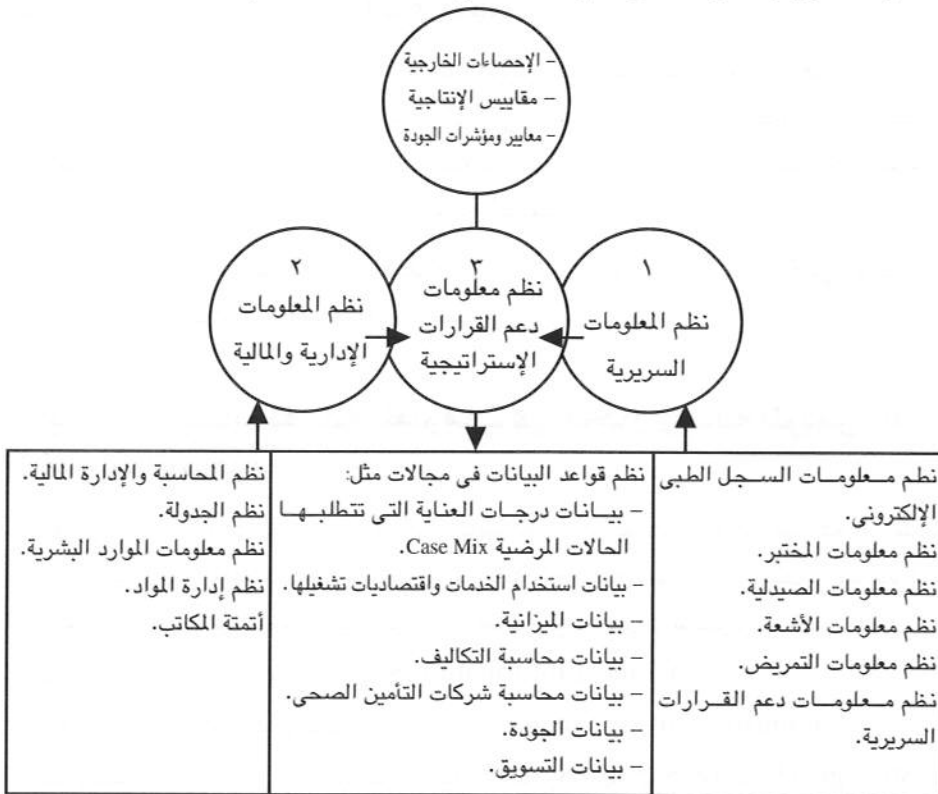
ولكي تكون هذه النظم فعالة، يرى كل من "أوستن Austin" و"ويجر Wager" أنه ينبغي أن يكون هناك تكامل وربط بينها؛ فعلى سبيل المثال، إذا أراد مقدم الرعاية الصحية فرض

رقابة فعالة على جودة الرعاية الصحية المقدمة للمرضى ورقابة تكاليفها، كان من الواجب في هذه الحالة أن يكون قادراً على الوصول إلى كل من المعلومات السريرية والمعلومات المالية المتعلقة بهم في آن معاً^(١٤). وبناءً على ذلك، سيكون من المهم أن يتم التحقق من تكامل النظم عند تصميم نظم المعلومات السريرية والمالية والإدارية وتنفيذها.

وفيما يلي عرض موجز للفئات الرئيسية لتطبيقات نظم المعلومات في حقل الرعاية الصحية:

الشكل رقم (١)

المجالات الرئيسية لتطبيقات تقنية نظم المعلومات في مجال رعاية المريض وإدارة الخدمات الصحية*



* بتصرف من:

Sam Wilson, "The Corporate Business Plan and Information Systems", Healthcare Information Management Systems: A Practical Guide, Edited by Marion Ball et al. (New York: Springer- Velag New York, Inc., 1991), p.296.

١ - نظم المعلومات السريرية:

يقصد بنظام المعلومات السريرية النظام الذى يتلقى معلومات متكاملة من مختلف الأقسام السريرية ذات العلاقة بحالات المرضى، ويتولى معالجتها، وتخزينها، واسترجاعها عند الحاجة إليها بيسر وسهولة^(١٥، ١٦) وتشمل نظم المعلومات السريرية مجموعة واسعة من الوظائف مثل إدخال أوامر الأطباء Physician's Orders الخاصة بخطط رعاية المريض، ونتائج تقارير فحوصه المخبرية، والشعاعية، والأدوية الموصوفة له، والإجراءات الجراحية أو غير الجراحية التى قد تكون أجريت له، وغيرها من البيانات ذات الصلة برعايته. ويتمثل الهدف الرئيس لنظم المعلومات السريرية فى توفير المعلومة المناسبة والتامة لممارس الرعاية الصحية عن حالة المريض الصحية من خلال تمكينه من الوصول إليها فى الوقت المناسب، بالإضافة إلى تمكينه من الاستفادة من قواعد البيانات السريرية لتقييم فعالية التدابير التشخيصية والعلاجية المرسومة له، فى ضوء ما يعانى منه من مشكلات صحية، فضلاً عن تزويد اللجان الطبية والفنية بالمعلومات ذات الصلة بعمليات التحقق من مستوى جودة الرعاية المقدمة. ويعد السجل الطبى الإلكتروني المستمد من الحاسب الآلى، كما ذكرنا آنفاً، بمثابة الحل المثالى لتصميم نظام معلومات سريرية فعال. وفيما يلى نظرة سريعة على أهم نظم المعلومات السريرية^(١٧، ١٨، ١٩، ٢٠):

أ - نظم معلومات المختبر:

نظام معلومات المختبر هو نظام آلى يتم تصميمه لدعم وظائف المختبر وأنشطته فى مجال التعرف على الفحوص المطلوبة، والحصول على العينات، والتأكد منها، والإبلاغ عن النتائج عن طريق الحاسب. ومثل هذا النظام يساعد بصفة عامة فى معالجة المعلومات وتيسير إدارة المختبر.

- ولا تستخدم نظم معلومات المختبر السائدة حالياً تقنية الحاسب لمعالجة عينات المختبر فحسب، بل تستخدمها، أيضاً، من أجل ما يلى:
- تحليل البيانات الأولية الخاصة بحجم الفحوص المطلوبة حسب أنواعها وفئاتها، وتبعاً لأوامر الأطباء، وحسب الحالة المرضية لكل مريض.
- تخزين نتائج الفحوص المخبرية وتوزيعها عن طريق الحاسب.
- مراقبة جودة الفحوص المخبرية.
- توثيق إجراءات المختبر.

- الرقابة على مخزون مستهلكات المختبر.

- مراقبة تدفق العمل فيه.

- تقييم إنتاجية العاملين فيه.

وتساعد نظم معلومات المختبر التي تعتمد على الحاسب الآلى فى الحد من تكاليف تشغيله والارتقاء بجودة الفحوص، والحد من عدد الفحوص غير الضرورية، واستغلال الوقت على الوجه الأمثل بين إنجاز الفحص وإظهار نتيجته وكتابة التقرير عنها، ومساعدة مقدمى الخدمة فى طلب الفحوص المخبرية وتفسيرها.

ب - نظم المعلومات الصيدلانية:

تعد نظم المعلومات الصيدلانية من أكثر نظم المعلومات السريرية استخداماً فى يومنا هذا. ويعمل معظم نظم الصيدلانية على تبسيط الصرف السلس للأدوية ومراقبة المخزون، كما مارس التحرى التلقائى لجميع أوامر الطلبات والجرعات الدوائية حسب ما هو مرسوم للمريض ومنع التضارب فى الوصفات الطبية، مثل تحسس المريض من دواء معين. وفى هذا المجال أشارت نتائج إحدى الدراسات إلى أن الوصفات الدوائية الخاطئة فى الولايات المتحدة الأمريكية تضيف نحو ثلاثة بلايين دولار سنوياً إلى فاتورة الرعاية الصحية^(٢١). ومن ثم تزيد هذه النظم بصفة عامة من دقة توزيع العقاقير وكفائتها، وتسهل أعمال المراقبة على استخدام الأدوية ولاسيما الأدوية المقيدة والمخدرة Controlled Drugs and Narcotics. وتشمل الوظائف الشائعة لنظم المعلومات الصيدلانية ما يلى:

- إدخال الأوامر عبر النهايات الطرفية.

- سجلات إعطاء الأدوية Medication Administration Records.

- تحرى توافق الأدوية Drug Compatibility.

- تقارير صرف تعبئة العبوات ذات الجرعة اليومية.

- الكشف المبكر عن حساسية بعض المرضى لأدوية معينة Allergy Screening.

- الجدولة التلقائية لإعطاء المحاليل الوريدية.

ومن الأهمية بمكان أن يتم تكامل نظم المعلومات الصيدلانية مع نظم المعلومات السريرية الأخرى. فعلى سبيل المثال، ينبغى أن يسهل على الطبيب المعالج الوصول إلى نتائج فحوص الدم والفحوص الميكروبية الأخرى قبل قيامه بوضع الأوامر المتعلقة بوصف العلاجات الخاصة بالمريض.

ج - نظم معلومات الأشعة:

لقد كان للنمو السريع فى تقنيات التصوير التشخيصى خلال العقدين الماضيين تأثير كبير فى تطوير نظم معلومات الأشعة. وقد تم تطوير هذه النظم لتخدم الوظائف الرئيسيتين:

إظهار الصورة الشعاعية وتحليلها وتفسيرها.

إدارة معلومات الصور الشعاعية وحفظها واسترجاعها عند طلبها، ولاسيما مع تطبيق نظم التصوير الشعاعى الرقمى Digital Radiography.

د - نظم معلومات التمريض:

يعتمد نظام معلومات التمريض على الحاسب الآلى لميكنة عملية التمريض التى تبدأ من تقدير حالة المريض إلى تقييمها، بما فى ذلك توثيق تفاصيل الرعاية التمريضية الخاصة به؛ مثل إدخال أوامر طلبات الطبيب المعالج له، والتخطيط للعناية التمريضية به، وتقييم حالته، ومتابعة علاماته الحيوية - ضغطه ونبضه وحرارته وتنفسه - وتسجيل مرات إعطاء العلاج له، وحالته النفسية، وتعليمه إرشادات الوقاية والعلاج المرسوم له من قبل الطبيب المعالج. كما يشمل آلية إدارة البيانات التى يحتاج إليها - مثل الفحوص المخبرية التى يحتاج إليها ونوع التغذية المقررة له - من أجل تقديم الرعاية اللازمة له. ويشمل نظام معلومات التمريض بيانات توظيف أعضاء هيئة التمريض وجدول مناوباتهم ومراقبة إنتاجيتهم وتكاليف الرعاية التمريضية.

هـ - نظم معلومات دعم القرارات السريرية:

قد يعزى نظام معلومات دعم القرارات السريرية إلى أى تطبيق من تطبيقات الحاسب الآلى التى يتم تصميمها لمساعدة ممارس الرعاية الصحية فى اتخاذ القرارات السريرية المناسبة، مثل نظم المعلومات السريرية الأنف الذكر: كنظام معلومات التمريض، ونظام المعلومات الصيدلانية، ونظام معلومات المختبر. ويمكن أن يكون لنظم دعم القرارات السريرية تأثير له شأنه فى تحسين الرعاية المقدمة للمريض وإدارة تكاليف الرعاية الصحية.

وقد أشارت دراسة "جونستون Johnston" وزملائه فى عام ١٩٩٤ إلى أن فى وسع هذه النظم أن تساعد فى تحسين أداء الأطباء وتحسين نتائج الرعاية الصحية المقدمة

للمرضى^(٢٢). فى حين أوضحت دراسة "Haug هوغ" وزملائه فى العام نفسه أن هذه النظم يمكن أن تسهم فى تحسين جودة الرعاية الصحية وزيادة كفاءة تقديمها^(٢٣).

٢- نظم المعلومات الإدارية:

تعمل نظم المعلومات الإدارية فى المقام الأول على دعم بعض العمليات الإدارية فى منظمات الرعاية الصحية، مثل: أعمال المحاسبة وإدارة الشؤون المالية، وجدولة مواعيد المرضى، وإدارة الموارد البشرية، وإدارة المواد، وأتمتة أعمال المكاتب-Office Automation. وفيما يلى عرض موجز لكل من هذه النظم^(٢٤، ٢٥):

أ - نظم المحاسبة والإدارة المالية:

تدعم هذه النظم أنشطة تخصيص الموارد، ومتابعة الإيرادات، والمصروفات على السلع والخدمات، ومراقبة تكاليف التشغيل المتعلقة بمنظمات الرعاية الصحية. وتشمل التطبيقات الرئيسية لهذه النظم ما يلى:

- أعمال حسابات المرضى، وإصدار الفواتير وأعمال التحصيل-Billing and Collections، ومعالجة الحسابات المدينة Accounts Receivable.
- تحضير جدول الرواتب وجدول الأعمال المحاسبية الأخرى.
- التقرير عن الميزانية والمصروفات.
- أعمال محاسبة التكاليف.
- بيان الحسابات الواجبة الدفع Accounts Payable.
- إصدار التقارير المالية.

وفى الولايات المتحدة الأمريكية يطبق حالياً فى بعض منظمات الرعاية الصحية نظم حسابات المرضى المرتبطة بنظام البيانات الإلكترونى التبادلى مع جهات التأمين الصحية الرئيسية، الحكومية منها والخاصة، من أجل إصدار فواتير حسابات المرضى وتحصيلها ومعالجة أعمال المطالبات كافة.

ب - نظم الجدولة Scheduling System:

وتستخدم هذه النظم لدعم مختلف أنواع الجدولة فى منظمات الرعاية الصحية مثل:

- جدولة مواعيد المرضى فى العيادات الخارجية بأسلوب مركزى.

- الحجز المسبق للسريـر ومعالجة إجراءات ما قبل الدخول إلى المستشفى.
- جدولة غرف العمليات الجراحية.
- جدولة مواعيد المرضى مع خدمات المختبر أو الأشعة.
- وقد أشار "شارلز أوستن Charles Austin" إلى أن هذا النوع من الجدولة يزيد من رضا المرضى عن الخدمات المقدمة ومن فعالية استخدام المرافق.

ج - نظم معلومات الموارد البشرية:

- يفيد نظام معلومات دعم إدارة الموارد البشرية فى عدد من المجالات منها:
- حفظ ملفات الموظفين الذى يُربط عادة بنظام جدول الرواتب.
- التخطيط للقوى العاملة.
- تعيين الأطباء والموظفين المهنيين الآخرين.
- التحكم فى الوظائف وتكلفة تعيين القوى العاملة.
- متابعة رضا الموظفين.
- تحليل إنتاجية الموظفين.

د - نظم إدارة المواد Materials Management Systems:

- تستخدم منظمات الرعاية الصحية كميات كبيرة من التجهيزات والمواد أثناء تقديم خدماتها للمريض. وهذه تشمل العقاقير والمستحضرات الصيدلانية، والتجهيزات الطبية، وتجهيزات الدم الطارئة، والأطعمة، والتجهيزات المكتبية، وقطع الغيار المخصصة لإصلاح الأجهزة وصيانتها. ومن هنا تستخدم نظم معلومات إدارة المواد من أجل ما يلى:
- طلب اللوازم Ordering.
- مراقبة مستويات المخزون.
- تخصيص تكاليف المواد المستخدمة فى تقديم الرعاية الصحية.

هـ - أتمتة المكاتب Office Automation:

- تستخدم نظم الحاسب الآلى حالياً إلى حد بعيد من أجل دعم العمليات التشغيلية للمكاتب فى منظمات الرعاية الصحية وزيادة كفاءتها والحد من تكاليف تشغيلها. ومن أهم تطبيقات الأتمتة (أو نظام التسيير الذاتى):

- معالجة البيانات وطباعة النصوص.
- استقبال البريد الإلكتروني E. mail وإرساله.
- برمجة الروزنامات أو التقاويم الزمنية وجداول الاجتماعات.
- إدارة المشروعات Project Management.
- إدارة كتابة التقارير Management Reporting ونظم الاتصالات الإدارية.

٣- نظم دعم القرارات الإستراتيجية Strategic Decision Support Systems:

تمثل نظم معلومات دعم القرارات الإستراتيجية النوع الثالث من التطبيقات التقنية المتطورة لنظم معلومات الرعاية الصحية. وتتمثل هذه النظم فى دمج كل من نظم المعلومات السريرية لدى منظمة الرعاية الصحية، ونظم معلوماتها الإدارية والمالية، الأنفى الذكر، من أجل استخلاص المعلومات والمؤشرات ذات الصلة بأنشطة التخطيط الإستراتيجى فيها، وتقييم مؤشرات أدائها التشغيلى مقارنة بمنظمات الرعاية الصحية المشابهة لها، ولاسيما فى مجال تسويق خدمات الرعاية الصحية فيها.

ويطلق على نظم معلومات دعم القرارات الإستراتيجية أيضاً اسم نظم معلومات المديرين التنفيذيين، لما تتيحه هذه النظم من معلومات تمكنهم من اتخاذ العديد من القرارات الإستراتيجية ذات الصلة بأنشطة الخدمة فى منظماتهم، مثل^(٢٦):

- مراقبة ربحية العقود Profitability of Contracts بالقياس إلى التكاليف الفعلية.
- مراقبة استهلاك المواد.
- التنبؤ باحتياجات الموارد المطلوبة ومتابعة اتجاهاتها على ضوء نتائج التشخيص المرضية للمرضى.
- قياس مؤشرات الجودة والتحقق من مدى مطابقتها لمتطلبات الهيئة الأمريكية المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية.

وتجدر الإشارة إلى أن نظم معلومات دعم القرارات الإستراتيجية اكتسبت أهمية كبرى فى الولايات المتحدة الأمريكية مع ظهور نظم معلومات الرعاية المدارة Managed Care، وشبكات معلومات صحة المجتمع المحلى. وفيما يلى عرض موجز لكل منهما:

أ - نظم معلومات الرعاية المدارة Managed Care Information Systems:

وهو نمط من أنماط نظم معلومات دعم القرارات الإستراتيجية لدى منظمات الرعاية الصحية المنتشرة حالياً في الولايات المتحدة الأمريكية.

وتعد الرعاية المدارة Managed Care إحدى الطرق المبتكرة من قبل شركات التأمين لمواجهة سوء استخدام الرعاية الصحية من قبل الأفراد المؤمنين لديها. ويمكن تعريفها بأنها نظام لتقديم خدمات الرعاية الصحية تحت غطاء تأميني معين، ويلتزم بتقديم هذه الخدمات مجموعة معينة من مقدمي الرعاية الصحية المنضوين تحت مظلة هذا النظام، في إطار تعرفه متفق عليها^(٢٧). وفي إطار هذا النمط من الرعاية تقوم شركات التأمين بالتعاقد مع الأطباء لتقديم الرعاية الصحية للمؤمنين من دون النظر إلى كمية خدمات الرعاية الصحية المقدمة ونوعيتها.

وقد دفع التصاعد الحاد في تكاليف الرعاية الصحية بعض المشترين الرئيسيين للخدمات الصحية مثل كبار أرباب العمل، وشركات التأمين الصحي، والوكالات الحكومية إلى الاهتمام بإنجاز مبادرات خطط الرعاية المدارة بسرعة مذهلة في مطلع التسعينيات.

وفي إطار هذا النظام، تستخدم الحوافز المالية لحفز المرضى على استخدام مقدمي الخدمة المحددين في شبكة هذا النظام. ويتبع هذه الشبكة عدد من المتخصصين الخارجيين للقيام بأعمال مراجعة الاستخدام للتحقق من الاستخدام الفعال للموارد، والنتائج الإيجابية للرعاية المقدمة.

ومن أهم أشكال أو نماذج خطط الرعاية المدارة المنتشرة حالياً في الولايات المتحدة الأمريكية: منظمات الحفاظ على الصحة Health Maintenance Organization، ومنظمات مقدمي الرعاية المفضلين Preferred Provider Organization، وترتيبات مقدمي الرعاية الشاملة Exclusive Provider Arrangements.

أما منظمات الحفاظ على الصحة فهي توفر لأعضائها المشتركين ببرامجها التأمينية، لقاء الأقساط التي يدفعونها بصورة مسبقة، خدمات صحية محددة.

وأما منظمات مقدمي الرعاية المفضلين فتقدم برامج تأمينية مميزة، بحيث يتلقى الأعضاء المنتسبون لبرامجها مزايا أفضل عندما يستخدمون الخدمات المقدمة من قبل مقدمي الخدمة المفضلين. ويستطيع المرضى في ظل هذا النظام التأميني أن يتلقوا الرعاية من قبل مقدمي الخدمة غير المشاركين، ولكن بتكاليف مرتفعة.

وأما ترتيبات مقدمى الرعاية الشاملة فتمثل خطاً تأمينية يقوم فيها كبار أرباب العمل بالتأمين المباشر على موظفيهم من خلال التعاقد المباشر مع بعض مقدمى خدمات الرعاية الصحية المختارين. هذا، وتستخدم حوافز مالية كبيرة للحد من الخدمات التى تؤدى من قبل مقدمى الرعاية الصحية والتى لا تشكل جزءاً من الغطاء التأمينى للشركة على موظفيها.

وتجدر الإشارة إلى أن عدد الأعضاء المنتسبين للرعاية المدارة قد ازداد بسرعة كبيرة. ففي العام ١٩٩٤ بلغ عدد الأفراد الذين يستظلون بمظلة نظام منظمات الحفاظ على الصحة (٥٧) مليون فرد فى الولايات المتحدة الأمريكية^(٢٨).

وقد دفع ذلك إدارة شبكة نظم الرعاية المدارة إلى تطوير نظام فعال لدعم قراراتها الإستراتيجية المتعلقة بسوق الرعاية الطبية، وإجراء التحليلات المالية والتنبؤات الدقيقة حولها لدراسة أثر البدائل المختلفة للتعاقد، وتسعير الخدمات الصحية، فضلاً عن مراقبة نتائج الرعاية المقدمة للمرضى وتقييمها فى إطار الاطلاع: على مدى رضا المرضى عن الخدمات المقدمة، ومعدلات الوفيات فى المستشفيات، وطول فترات بقاء المرضى، والمضاعفات الناشئة عن المستشفى Hospital Acquired Complications، ودرجة شدة حالة المريض عند الخروج حسب التخصصات المقدمة^(٢٩، ٣٠).

ب - شبكات معلومات صحة المجتمع Community Health Information Networks:

ظهرت شبكات معلومات صحة المجتمع فى الولايات المتحدة الأمريكية فى منتصف الثمانينيات للحد من التكاليف الإدارية للمعلومات لدى الجهات المرتبطة بها من جهة (مثل: عيادات الأطباء، والمستشفيات، ومراكز الرعاية الخارجية، والصيديات، وجهات تمويل خدمات الرعاية الصحية، والموردين، والوكالات الضابطة للعمل Regulatory Agencies)، وتوفير نظم معلومات متكاملة ومتطورة مشابهة لنظم معلومات الرعاية المدارة التى سبقت الإشارة إليها من جهة أخرى.

ثالثاً - اعتبارات التخطيط لنظم المعلومات الصحية وإدارتها:

ينبغى التخطيط لنظم المعلومات بحرص شديد وإدارتها على نحو فعال ما دامت تستخدم لدعم الأهداف الإستراتيجية لمنظمة الرعاية الصحية. وفيما يلى عرض موجز لذلك:

١- اعتبارات التخطيط لنظم المعلومات الصحية:

يعد تطوير خطة معلومات إستراتيجية من أولى خطوات التخطيط لنظم المعلومات الصحية. ويبين الجدول رقم (١) قائمة العناصر الرئيسة لهذه الخطة.

الجدول رقم (١)

عناصر الخطة الإستراتيجية لنظم المعلومات الصحية

١- الأهداف العامة والتفصيلية للمنظمة.
٢- الأهداف العامة والتفصيلية لنظم المعلومات فى ضوء ما يلى:
- احتياجات الإدارة من المعلومات.
- عوامل النجاح المهمة.
- أولويات المعلومات.
٣- الأولويات من أجل أنواع التطبيقات المطلوبة:
- التطبيقات السريرية.
- التطبيقات الإدارية.
- التطبيقات المساندة لاتخاذ القرارات.
٤- المواصفات الإجمالية لنظام المعلومات وللبنية التحتية المطلوبة:
- مستوى التوزيع (من المستوى المركزى إلى المستويات اللامركزية).
- بناء الشبكة.
- موقع المعلومات (المركز الرئيسى للمعلومات إلى التوزيع الشامل لها).
- القواعد التنظيمية لاستخدام المعلومات وسريتها.
٥- خطة تطوير البرمجيات Software Development Plan:
- حزم البرامج التجارية الجاهزة Commercial Packages.
- التطوير الذاتى للبرمجيات.
- تطوير البرمجيات عن طريق التعاقد مع بيوت الخبرة فى مجال تطوير نظم المعلومات.
٦- الموارد المطلوبة لنظم المعلومات:
- الكفاءات الإدارية والفنية المطلوبة (الإداريون - أخصائيو المعلومات - محللو النظم - المبرمجون - الإحصائيون - جامعو البيانات ومدخلوها).
- الميزانية الرأسمالية (الحاسبات - البرمجيات - شبكة الاتصالات - الأجهزة الأخرى).
- الميزانية التشغيلية (الموظفون - تطوير التطبيقات - التجهيزات واللوازم - المستهلكات - الصيانة - التدريب - ...).

ويقترح كل من "أوستن Austin وويجر Wager"^(٢١) و "دورنفست Dorenfest"^(٢٢) أن تشتمل الخطة قبل بلورتها فى صورتها النهائية على الإجابة عن عدد من التساؤلات المهمة، مثل:

١- ما التغيرات المطلوب استبدالها أو تعديلها أو تطويرها فى نظم المعلومات الصحية الحالية؟

٢- ما درجة استفادة أقسام ووحدات منظمة الرعاية الصحية من نظم المعلومات الحالية؟

٣- ما نسبة أتمتة أنشطة الرعاية السريرية؟

٤- ما أولويات نظم المعلومات الصحية الحالية؟

٥- كيف يمكن استخدام تقنية نظم المعلومات لإيجاد خدمات صحية جديدة من أجل سد احتياجات السوق أو مجتمع الخدمة؟

٦- كيف يمكن استخدام تقنية نظم المعلومات للتمييز بين الخدمات المقدمة من قبل المنظمة وبين الخدمات المقدمة من قبل المنظمات الأخرى المشابهة؟

٧- ما تطبيقات الحاسب الآلى الجديدة واحتياجاتها التقنية والبشرية المطلوبة التى ستضاف إلى خطة المعلومات الإستراتيجية الجديدة؟

ويمكن أن يقال على ضوء ما سبق إنه كلما حققت منظمات الرعاية الصحية مزيداً من التطور فى مجال التخطيط للمعلومات وإدارتها، ازداد ميلها لاستخدام المعلومات فى مجال اتخاذ القرارات الإستراتيجية حول وضع منظماتها ضمن البيئات التى تعمل فيها، وكانت أكثر قدرة على المنافسة فى سوق الرعاية الطبية^(٢٣).

وتجدر الإشارة إلى أن عملية التخطيط لنظم المعلومات الصحية ينبغى أن تُوجَّه من قبل فريق عمل أو لجنة توجيهية Steering Committee تضم فى عضويتها، على سبيل المثال، كلاً من:

- رئيس مركز إدارة نظم المعلومات.

- محلل أو أكثر لنظم المعلومات Systems Information Analyst.

- ممثل عن الإدارة العليا لمنظمة الرعاية الصحية.

- ممثل أو أكثر عن الهيئة الطبية.

- ممثل أو أكثر عن هيئة التمريض.

- ممثل عن السجلات الطبية.

- ممثل عن الموارد البشرية.
- ممثل عن الشؤون المالية والمحاسبية.
- ممثل عن كل قسم من الخدمات المساندة الرئيسية.
- ممثلين عن جهات أخرى (كلما دعت الحاجة إلى ذلك).

٢- اعتبارات إدارة نظم المعلومات الصحية:

ثمة عدد من الأسس والاعتبارات التي ينبغي مراعاتها لتحسين فعالية إدارة نظم المعلومات في منظمات الرعاية الصحية وكفائها. لعل من أهمها ما يلي:

استحداث وظيفة جديدة في منظمة الرعاية الصحية يشغلها من يسمى الرئيس أو المدير التنفيذي للمعلومات، يكون مرتبطاً ارتباطاً مباشراً بالمدير التنفيذي للمنظمة. وتتخصص مهمته الرئيسية في مساعدة الفريق التنفيذي على استخدام المعلومات استخداماً فعالاً من أجل أعمال التخطيط الإستراتيجي للمنظمة وسائر وظائفها الإدارية الأخرى، فضلاً عن إدارة نظم المعلومات وشبكة الاتصالات في المنظمة وتنسيقها. وينبغي أن يتمتع شاغل هذه الوظيفة بخلفية لها شأنها في مجال الإدارة ومهارات عالية في الجوانب الفنية لتطبيقات نظم المعلومات الصحية.

ينبغي أن يتعامل مديرو منظمات الرعاية الصحية مع المعلومات على أنها مورد أساسي للمنظمة لدعم عملية صنع القرار فيها، من أجل تحسين أوجه الاستفادة من الإمكانيات المتوافرة، والارتقاء بمستويات الجودة فيها، والحد من تكاليف الرعاية الصحية المقدمة، والنهوض بفعاليتها وكفائها.

تحسين أوجه الاستفادة من نظم المعلومات في مجالات دعم أعمال التخطيط الإستراتيجي للمنظمة والرقابة على أنشطتها وتقييمها، بالإضافة إلى دعمها لعمليات التشغيل اليومية فيها.

إيجاد نظم معلومات متكاملة يتم فيها دمج المعلومات السريرية والإدارية والمالية وربط بعضها ببعض، من أجل المساعدة في تقدير نتائج الرعاية من ناحيتي تكاليفها ومستوى جودتها. ويتطلب إيجاد هذا التكامل إجراء تخطيط متأن من قبل اللجنة التوجيهية لتخطيط نظم المعلومات الآتفة الذكر.

ينبغي أن تكون القرارات المتعلقة بتطوير مواصفات نظم المعلومات وخصائصها موجهة من قبل المستخدمين لها، لا أن تكون مصممة على ضوء التطورات التقنية. ويترتب على الأخصائيين التقنيين أن يوفرُوا المعلومات حول أنسب الأجهزة الحاسوبية والبرمجيات المراد شراؤها أو تطويرها لتكون مطابقة لمواصفات المستخدم. وليس من الضروري توظيف أحدث التقنيات المتطورة لتحقيق هذه الأهداف.

سيكتسب نظام السجل الطبى الإلكتروني أهمية مطردة الزيادة فى العقد المقبل من حيث المشاركة فى شبكات المعلومات الصحية وتكتلات منظمات الرعاية الصحية. وهو أمر يقتضى أن يولى المديرون أهمية ليكنة ملفات المرضى على الحاسب الآلى للمشاركة فى هذه الأنشطة. وفى إطار هذا السياق يرى كل من "أوستن Austin وويجر Wager"^(٣٤):

أن إيصال الخدمات الصحية أو تقديمها خلال الألفية الثالثة سيكونان مختلفين جذرياً عما هما عليه فى يومنا هذا. وذلك أن نظم تقديم أو إيصال الرعاية الصحية المتكاملة سوف تصبح النموذج الغالب. كما أن شبكات معلومات صحة المجتمع سوف تنشأ لدعم هذا النموذج. وسوف يجعل التوسع فى استخدام تطبيقات معلومات البيانات الإلكترونية هذه التقنيات ذات جدوى، فى مضمار تبادل المعلومات السريرية والمالية عبر الشبكات المحلية والوطنية. وسوف يتيح التقدم فى تقنيات مثل: تمييز الأصوات -Voice Recognition، ونظم التصوير، والطب الاتصالي، إمكانية العناية بالمرضى فى أى مكان فى العالم باستخدام تقنية الوسائط المتعددة للصور Multimedia. كما أن نظم دعم القرارات السريرية سوف تصبح أكثر استخداماً فى عمليات التشخيص، والمعالجة، ومتابعة حالات المرضى الصحية وتقييمها. كما أن السجل الصحى الإلكتروني سوف يساعد على ضبط تكاليف الرعاية الصحية وإجراء دراسات متعمقة حول نتائج الرعاية الصحية.

وفى المستقبل سوف يزداد اعتماد المديرين التنفيذيين لمنظمات الرعاية الصحية على وسائل دعم اتخاذ القرارات الحاسمة. إذ تتاح لهم إمكانية الوصول إلى المعلومات التامة والدقيقة فى الوقت المناسب، للإبلاغ عن كيفية تقديم الخدمات وماهى الموارد المطلوب تخصيصها لذلك.

كما أن التخطيط لنظم المعلومات سوف يصبح جزءاً متكاملأ من الخطة الإستراتيجية الشاملة لمنظمة الرعاية الصحية. ويمكننا أن نقول إن نجاح منظمة الرعاية الصحية فى البيئة الجديدة سوف يعتمد على قدرتها على إدارة معلوماتها إدارة فعالة.

هوامش الفصل السادس

- 1- Donald M. Steinwachs , " Management Information Systems: New Challenges to Meet Changing Needs ", **Medical Care Journal** , Vol.23, No.5, May 1985, p.608.
- 2- Charles Austin and Karen Wager, " Health Information Systems ", **Handbook of Health Care Management**, Edited by W.Jack Duncan et. al. (Malden,MA: Blackwell Publishers , Inc., 1998),p.228.
- 3- Rod Sheaff , " Informatics and Health Care " , **Managing Health Services Information Systems: An Introduction** , Edited by Rod Sheaff and Victor Peel (Buckingham, United Kingdom: Open University Press, 1995),p.1.
- 4- Charles Austin and Karen Wager, **ibid.** ,p.228.
- 5- **Ibid.** , p.228.
- 6- Sheldon Dorenfest, " Health Care Information Systems " , **Health Care Administration: Principles, Practices, Structure, and Delivery**, Edited by Lawrence Wolper, 2nd ed. (Gaithersburg, Maryland: Aspen Publishers, Inc.,1995), p.419.
- 7- Charles Austin and Karen Wager, **ibid.** ,p.228.
- 8- **Ibid.** , pp.228-229.
- 9- Sheldon Dorenfest, **op.cit.** ,pp.416-418.
- 10- Health Management Hotlist, " Integrating Health Information Systems: A Key to Improving Patient Information and Care " , **Health Management Technology**, October 1997, p.46.
- 11- **Ibid.** , p.417.
- 12- Donald Johnson, "Integrated Systems Reassess Strategies", **Health Care Strategic Management Journal**, January 1999, pp.17-18.
- 13- Health Management Hotlist , **ibid.** , p.424.
- 14- Charles Austin and Karen Wager, **op.cit.** ,pp.229-230.
- 15- **Ibid.** , p.233.
- 16- James Anderson, Carolyn Aydin, and Stephen Jay, **Evaluating Health Care Information Systems** (Thousands Oaks, California: SAGE Publications Inc.,1994),p.293.
- 17- Thomas Lincoln and Daniel Essin, " Clinical Information Processing Scenarios " , **ibid.** , pp.193-198.
- 18- Charles Austin and Karen Wager, **op.cit.**, pp.233-236.
- 19- Edna Huffman, **Health Information Management**, 10th ed. (Berwyn, Illinois: Physicians' Record Company, 1994),pp.527-533.

- 20- David B. Pryor, " Clinical Data Bases: Accomplishments and Unrealized Potential " , **Medical Care Journal** , Vol.23, No.5, May 1985,pp.623-647.
- ٢١- ترجمة مجلة عربيوتر، " نظم إدارة المستشفيات حاسوبياً: الجرعات المطبقة أقل من المطلوب "، **مجلة عربيوتر**، العدد ٤٥، ١٩٩٣، ص ٨.
- ٢٢- Johnston, M.et al., " Effects of Computer Based Performance and Patient Outcomes " , **Annals of Internal Medicine** , Vol.120,No.2, 1994, p.135.
- ٢٣- Haug, P.et al., " Decision Support in Medicine " , **Computers and Biomedical Research** , No.27, 1994, pp.416-418.
- ٢٤- Edna Huffman, **op.cit.** ,pp.537-549.
- ٢٥- Charles Austin and Karen Wager, **op.cit.**, pp.237-238.
- ٢٦- Sheldon Dorenfest, **op.cit.** ,p.425.
- ٢٧- Mark Wozmak, " Managed Care: A Primer " , **American Academy of Medical Administrators Executives**, January / February 1995, p.12.
- ٢٨- Charles Austin and Karen Wager, **op.cit.**, p.240.
- ٢٩- **Ibid.** , p.241.
- ٣٠- Sheldon Dorenfest, **op.cit.** ,p.425.
- ٣١- Charles Austin and Karen Wager, **ibid.**, p.243.
- ٣٢- **Ibid.** , p.244.
- ٣٣- Sheldon Dorenfest, **op.cit.** ,p.425.
- ٣٤- Charles Austin and Karen Wager, **ibid.**, p.250.

مراجع الفصل السادس

أولاً - المراجع العربية:

- ١- ثيوليفيلد، رينز سويربورن، وستيف سايبيري، " نظم المعلومات الصحية: الأهمية والتطبيقات"، ترجمة محمد ساعاتي، **مجلة المكتبات والمعلومات العربية**، السنة التاسعة عشرة، العدد الأول، رمضان ١٤١٩هـ / يناير ١٩٩٩، ص ص ١٤٩-١٦٠.
- ٢- ترجمة مجلة عربيوتر، " نظم إدارة المستشفيات حاسوبياً: الجرعات المطبقة أقل من المطلوب"، **مجلة عربيوتر**، العدد ٤٥، ١٩٩٣، ص ٨.

ثانياً - المراجع الأجنبية:

- 1- Charles Austin and Karen Wager, " Health Information Systems ", **Handbook of Health Care Management**, Edited by W.Jack Duncan et. al. (Malden,MA: Blackwell Publishers , Inc., 1998).
- 2- David B. Pryor, " Clinical Data Bases: Accomplishments and Unrealized Potential ", **Medical Care Journal** , Vol.23, No.5, May 1985.
- 3- Donald Johnson," Integrated Systems Reassess Strategies ", **Health Care Strategic Management Journal** , January 1999.
- 4- Donald M. Steinwachs , " Management Information Systems: New Challenges to Meet Changing Needs ", **Medical Care Journal** , Vol.23, No.5, May 1985.
- 5- Edna Huffman, **Health Information Management**, 10th ed. (Berwyn, Illinois: Physicians' Record Company, 1994).
- 6- Haug, P.et al., " Decision Support in Medicine " , **Computers and Biomedical Research** , No.27,1994.
- 7- Health Management Hotlist, " Integrating Health Information Systems: A Key to Improving Patient Information and Care ", **Health Management Technology**, October 1997.
- 8- James Anderson, Carolyn Aydin, and Stephen Jay, **Evaluating Health Care Information Systems** (Thousands Oaks, California: SAGE Publications Inc.,1994).
- 9- Johnston, M.et al., " Effects of Computer Based Performance and Patient Outcomes " , **Annals of Internal Medicine** , Vol.120,No.2.,1994.
- 10- Mark Wozmak, " Managed Care: A Primer ", **American Academy of Medical Administrators Executives**, January / February 1995.

- 11- Rod Sheaff , " Informatics and Health Care " , **Managing Health Services Information Systems: An Introduction** , Edited by Rod Sheaff and Victor Peel (Buckingham, United Kingdom: Open University Press, 1995).
- 12- Sam Wilson, " The Corporate Business Plan and Information Systems", **Healthcare Information Management Systems: A Practical Guide** , Edited by Marion Ball et al.(New York: Springer- Velag New York , Inc., 1991).
- 13- Sheldon Dorenfest, " Health Care Information Systems " , **Health Care Administration: Principles, Practices, Structure, and Delivery** , Edited by Lawrence Wolper, 2nd ed. (Gaithersburg,Maryland: Aspen Publishers, Inc.,1995).

الفصل السابع

استخدام الخدمات الصحية Health Services Utilization

يقصد باستخدام الخدمات الصحية بمعناه الواسع التعرف على درجة انتفاع المجتمع واستفادته من الخدمات الصحية النظامية المعتمدة من قبل الدولة كالمستشفيات ومراكز الرعاية الصحية وعيادات الأطباء. ويقصد به من منظور المهتمين بالشأن الصحي التعرف على نسبة أولئك الذين يتلقون الرعاية الصحية من مصادرها النظامية، وكمية الرعاية التي يتلقونها، وأنواع الرعاية التي يستهلكونها. كما يقصد به التعرف على أولئك الذين لا يتلقون هذه الرعاية والبحث في أسباب عدم تلقيهم لها.

ويعد هذا الموضوع ذا أهمية بالغة في تعزيز الخدمات الصحية القائمة وتدعيمها، وتحسين مجالات استخدامها، وترشيد استخدام النفقات المخصصة لها، واحتواء ارتفاع تكاليفها، والإسراع في تلبية احتياجات المواطنين من الخدمات الصحية المستجدة، وتوزيع شبكة خدمات الرعاية الصحية توزيعاً عادلاً ومدرّساً في جميع أنحاء البلاد بحيث تصل إلى أماكن معيشة المواطنين ووجودهم.

وفي ضوء ما سبق سنعرض فيما يلي أهمية استخدام الخدمات الصحية، ومفهومه، وقياسه، والنماذج التحليلية التي تم تطويرها لتفسير دوافع المواطنين لاستخدام الخدمات الصحية القائمة أو عدم استخدامها، مع توضيح مؤشرات القياس الدالة على كفاءة الاستخدام، وبيان العوامل التي تؤثر في استخدام كل من خدمات الأطباء، وخدمات المستشفيات. ثم نعرض بعد ذلك لمحددات الطلب على استخدام خدمات الرعاية الصحية حسب الخصائص السكانية للمواطنين، والعوامل الاجتماعية، والاقتصادية السائدة في مجتمعاتهم وتلك الخدمات المرتبطة بحاجاتهم الصحية، مع بيان العوامل الرئيسية الأخرى التي تساعد على زيادة الطلب على استخدام خدمات الرعاية الصحية.

أولاً - أهمية موضوع استخدام الخدمات الصحية:

يمكن النظر إلى أهمية استخدام الخدمات الصحية من زوايا مختلفة^(٣٠٢،١). فصانعو السياسات الصحية والمخططون للبرامج الصحية ومديروها، وأولئك المعنيون بتقييمها، يهتمون بالتعرف على الأفراد الذين لا يتلقون الرعاية الصحية، أكثر من اهتمامهم بالتعرف على أنماط الاستخدام الفعلية من قبل أولئك الذين يتلقونها، بهدف تيسير إيصال خدمات الرعاية الصحية إليهم. كما يرغبون في التعرف على أثر السياسات أو البرامج الصحية المعتمدة في الخطط الصحية، في مدى الاستفادة الفعلية المستهدفة منها، أو في التعرف على معدلات استخدامها لها، من حيث كونها عالية أو منخفضة.

أما المخططون الصحيون فيبدون الاهتمام بتحديد مجالات أولويات الاحتياجات الصحية الجديدة التي تشكل طلباً فعلياً لها من قبل المجتمعات المستهدفة. وأما مديرو منظمات الرعاية الصحية فيرغبون في التعرف على حصة كل منهم من سوق الرعاية الصحية التي ستفوز بها أو سوف تجتذبها منظماتهم، إضافة إلى التعرف على مدى التأثير المرغوب للبرامج الخاصة التي تم تطويرها إما لاجتذاب أعداد إضافية من المرضى لزيادة معدلات الاستخدام فيها أو للحد منها.

أما الأطباء وأعضاء هيئات التمريض فيهتمون عادة بالمرضى الذين يتلقون الرعاية الصحية في مرحلة متأخرة من حالتهم الصحية، أى مع بداية ظهور أعراض المرض عليهم أو في فترة متأخرة من ظهور تلك الأعراض. كما يهتمون بأولئك الذين يفشلون في الامتثال للحِمْيات الغذائية الطبية الموصوفة لهم، أو في الإقلاع عن بعض العادات الضارة عندهم.

وأما الأخصائيون الاجتماعيون، ومخططو إخراج المرضى من المستشفى، ومديرو بعض الحالات المرضية المعقدة Case Managers فينظرون إلى استخدام الخدمات الصحية من منظور أخذهم في الاعتبار العوامل الاجتماعية والنفسية والفسولوجية التي تحيط بالمرضى عند وضع الخطط المناسبة لرعايتهم وتخطيط خروجهم من المستشفى.

ويمكن بلورة جميع المسائل السابقة من خلال التعرف على مفهوم استخدام الخدمات الصحية، وتفسير أسباب الطلب على استخدام خدمات الرعاية الصحية ودوافع المرضى إلى ذلك الاستخدام.

ثانياً - مفهوم استخدام الخدمات الصحية:

يتم الحصول على بيانات استخدام خدمات الرعاية الصحية من مصادر عدة، مثل: عمليات المسح التي يُسأل فيها الناس عن أماكن تلقيهم للرعاية الصحية، والتقارير الدورية عن إحصاءات خدمات الرعاية الصحية، وملفات المرضى عند الأطباء الممارسين، وملفات مرضى المستشفيات والمرافق الطبية الأخرى^(٤).

ويمكن وصف مفهوم استخدام الخدمات الصحية بطرق مختلفة. إلا أن هناك أربعة أبعاد رئيسية يمكن ربطها ربطاً مباشراً بمفهوم الاستخدام، وذلك من واقع أغلب

الدراسات التجريبية للاستخدام. وهذه الأبعاد هي نوع الاستخدام والهدف منه، وموقعه، والفترة الزمنية للاستخدام^(٥):

ويعزى البعد الأول المتعلق بنوع الاستخدام إلى فئة الخدمة المقدمة - مثل: خدمات الأطباء البشريين، أو خدمات أطباء الأسنان، أو خدمات المستشفى، أو خدمات الرعاية الطويلة الأجل، أو خدمات الصيدلة، أو خدمات بعض الأجهزة الطبية (غسيل الكلى مثلاً).

أما البعد الثانى والمتمثل فى الهدف من الاستخدام فيعود إلى سبب أو أسباب طلب الرعاية، مثل: التطعيم ضد بعض الأمراض المعدية، والتشخيص المبكر للكثير من الأمراض، ومعالجة الشكوى أو الشكاوى الصحية التى قد يعانيتها المريض.

وفيما يتعلق بالبعد الثالث المتعلق بموقع استخدام خدمات الرعاية الصحية، فإنه يعزى إلى مكان تلقى المريض لخدمات الرعاية الصحية. فقد يكون موقع الاستخدام فى خدمات تنويم المرضى، كما هو الحال فى المستشفيات القصيرة الإقامة، ومستشفيات الصحة النفسية، أو فى بيوت التمريض أو مراكز النقاهة، أو فى خدمات الرعاية الخارجية، مثل: العيادات الخارجية فى المستشفيات، وأقسام الطوارئ، أو قد يكون فى عيادات الأطباء، والعيادات الطبية المجمع، ومراكز الرعاية الصحية الأولية، أو قد يكون موقع الاستخدام فى منزل المريض نفسه.

أما البعد الرابع والمتعلق بالفترة الزمنية للاستخدام، فيعبر عنه من خلال دراسة العوامل التالية:

- **الاتصال بالخدمة الصحية:** يتمثل فى التعرف على مدى تلقى المريض الخدمة الصحية خلال فترة زمنية محددة، مثلاً: نسبة مشاهدة المرضى من قبل الطبيب خلال السنة الأخيرة.

- **حجم الاستخدام Volume:** يقاس عادة بإجمالى عدد وحدات الخدمة التى تم تلقيها من قبل المرضى خلال فترة زمنية محددة، مثلاً: متوسط عدد الزيارات فى سنة لأولئك الذين تمت مشاهدتهم من قبل الطبيب.

- **الأنماط العرضية Episodic Patterns:** المرتكزة على الأحداث المتعلقة بأنماط مقدمى الخدمة، وحالات الإحالة، واستمرارية الرعاية للحالة العرضية أو المرضية التى قد تطرأ على صحة المريض.

وفى ضوء ما تقدم، يمكن أن يقال إن عملية اختيار النموذج المناسب لشرح دوافع أو أسباب الطلب على استخدام خدمات الرعاية الصحية، ينبغي أن تتناول دراسة أبعاد الاستخدام الأنفة الذكر.

ثالثاً- النماذج التحليلية التي تم تطويرها لتفسير استخدام الخدمات الصحية: Analytic Models of Health Services Utilization

شهدت نهاية القرن الماضي اهتماماً كبيراً من قبل باحثي الخدمات الصحية للخروج بنماذج مفاهيمية Conceptual Models شاملة لتفسير أسباب استخدام خدمات الرعاية ودواعيه، إضافة إلى تسهيل إجراء الأبحاث التي تؤدي نتائجها إلى فهم أفضل لمستخدمي خدمات الرعاية الصحية الفعليين، ولأولئك الذين لا يستخدمون هذه الخدمات، وتقديم تفسيرات علمية موضوعية لأسباب عدم استخدامهم لها^(٦).

ومن أهم النماذج التي تم تطويرها خلال تلك الفترة نموذج "رونالد أندرسون Ronald Anderson" المتعلق بسلوك استخدام الخدمات الصحية Behavioral Model of Health Services Utilization، الذي تم التوسع فيه فيما بعد من قبل "أندرسون An derson نفسه بالاشتراك مع "آدى Aday" ليكون هذا النموذج صالحاً للتطبيق على نطاق واسع لقياس درجة سهولة وصول المواطنين إلى خدمات الرعاية الصحية المتاحة^(٧).

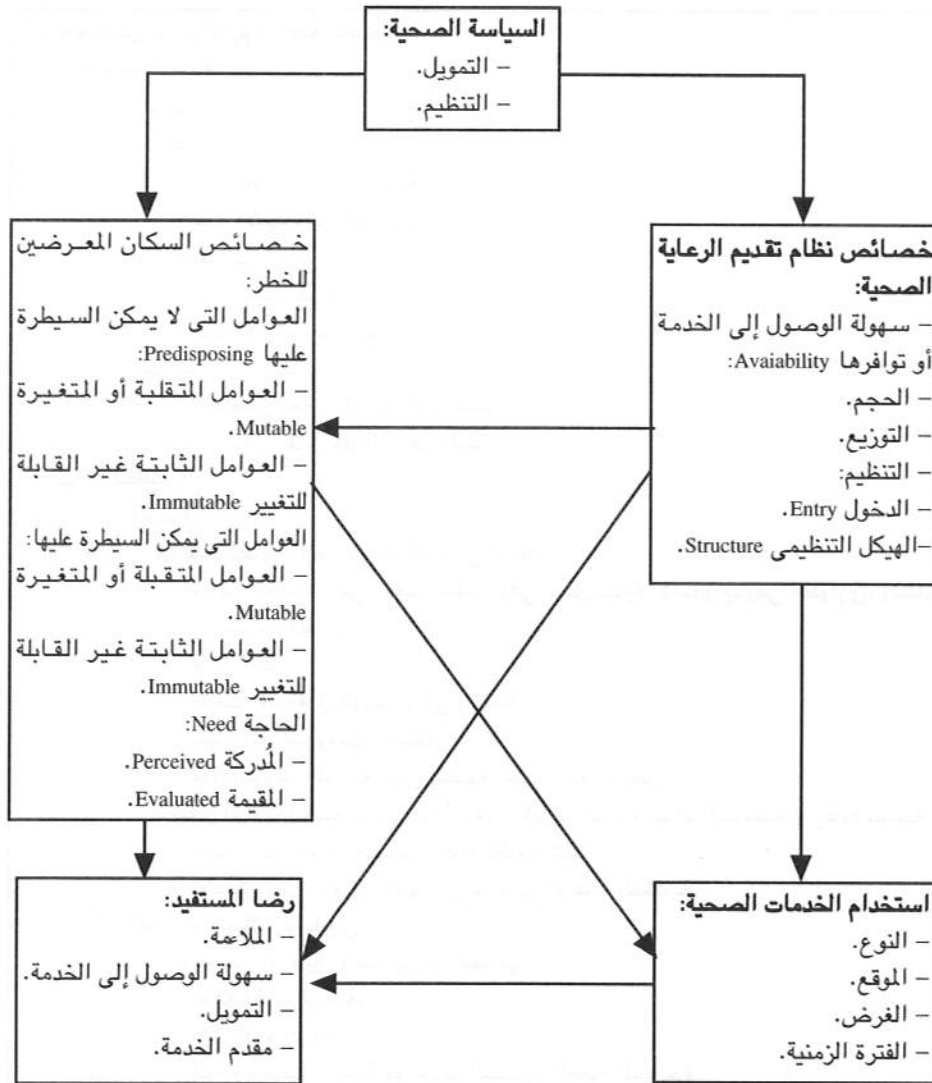
ونورد فيما يلي بإيجاز نموذج أو إطار "أندرسون وآدى" السلوكي في استخدام الخدمات الصحية، وكذلك النماذج الشاملة الأخرى للاستخدام:

١- النموذج السلوكي لاستخدام الخدمات الصحية Behavioral Model of Health Services Utilization

يوضح الشكل رقم (١) العناصر الرئيسية التي يشتمل عليها نموذج "أندرسون وآدى" الموسع لسلوك استخدام الخدمات الصحية، المكون من: السياسة الصحية، وخصائص نظام تقديم الرعاية الصحية، وخصائص السكان المعرضين للخطر، واستخدام الخدمات الصحية، ورضا المستفيدين^(٨). ويبين الجدول رقم (١) المؤشرات الرئيسية المستخدمة في التعريفات الإجرائية للجوانب المختلفة التي تتجلى في هذا النموذج^(٩).

الشكل رقم (١)

نموذج " أندرسون وأدى" الموسع لسلوك استخدام الخدمات الصحية*



*Lu Ann Aday , " Indicators and Predictors of Health Services Utilization", **Introduction of Health Services** , 4th ed., Edited by Stephen Williams and Paul Torrens (Albany, New York: Delmar Publishers Inc.,1993) ,p.49.

جدول رقم (١)

المؤشرات العملية لنموذج "أندرسون وأدى" الموسع لسلوك استخدام الخدمات الصحية*

١- خصائص نظام تقديم الرعاية الصحية:

أ - توافر الخدمة:

١- الحجم:

- العاملون:

- عدد أطباء الرعاية الأولية.

- عدد الأطباء الأخصائيين.

- التسهيلات:

- عدد المستشفيات.

- عدد أسرة المستشفيات.

٢- التوزيع:

- عدد العاملين مقابل كل ألف من السكان.

- عدد المنشآت مقابل كل ألف من السكان.

ب - التنظيم :

١- الدخول:

- ملاحة المصدر الاعتيادي أو النظامي للرعاية:

- توافر الخدمات في النوبة الليلية، وفي عطل نهاية الأسبوع، وفي الطوارئ، ونظام

الاستدعاء المنزلي.

- طرق النقل.

- الوقت المستغرق للوصول إلى الخدمة.

- نظام المواعيد ووقت الانتظار.

- متوسط وقت الخدمة الذي يقضيه الطبيب مع المريض.

- مصادر الرعاية الطبية المستخدمة من قبل الأفراد الذين لا تتوافر لهم مصادر رعاية نظامية:

- أسباب عدم توافر مصادر رعاية نظامية لهم.

- الأماكن التي يذهبون إليها غير مصادر الرعاية النظامية.

٢- البناء أو الهيكل التنظيمي:

- نوع مصدر الرعاية الاعتيادي أو النظامي:

- موقع مقدم الرعاية.

- نوع مقدم الرعاية.

- أنواع مقدمي الرعاية من فئات الخدمات الطبية المساعدة.

- تخصصات الأطباء المعالجين.

- نوع التغطية الطبية ومداهها (التأمين الصحي):

- أنواع خطط التأمين الصحي.

تابع - جدول رقم (١)

- مدى التغطية الطبية.
- نسبة الأفراد الذين يتحملون تكلفة نفقات الرعاية الطبية.
٢- خصائص السكان المعرضين للخطر:
أ - العوامل التي لا يمكن السيطرة عليها Predisposing Factors:
١- العوامل المتقلبة أو المتغيرة Mutable Factors:
- معتقدات السكان ومواقفهم Beliefs and Attitudes تجاه الرعاية الصحية العامة.
- المعرفة بمعلومات الرعاية الصحية.
٢- العوامل الثابتة غير القابلة للتغيير Immutable Factors:
- العمر.
- الجنس.
- حجم الأسرة.
- العرق والأثنية.
- التعليم.
- الحالة الوظيفية (نوع العمل / المهن).
ب - العوامل المُمكنة التي يمكن السيطرة عليها Enabling Factors:
١- العوامل المتقلبة أو المتغيرة Mutable Factors:
- دخل الأسرة.
- نوع ومصدر الرعاية الصحية النظامية.
- نوع ومدى التغطية الطبية (التأمين الصحي).
٢- العوامل الثابتة غير القابلة للتغيير Immutable:
- مكان الإقامة.
- المنطقة.
- مدة الإقامة في المجتمع المحلي.
ج - الحاجة Need:
١- الحاجة المُدركة Perceived:
- الحالة الصحية Health Status.
- الحالة المرضية Episode of Illness.
- أعراض المرض.
- أيام العجز أو الإعاقة.
٢- الحاجة المقيمة Evaluated:
- تقدير الطبيب لشدة الحالة المرضية.
- تقدير الطبيب لشدة الأعراض المرضية.

تابع - جدول رقم (١)

٣- استخدام الخدمات الصحية:
أ - نوع الاستخدام:
- الأطباء البشريون.
- أطباء الأسنان.
- المستشفيات.
- مرافق الرعاية الطبية الطويلة المدى.
ب - موقع الاستخدام :
- موقع زيارات المرضى للطبيب غير المرتبط بالمستشفى خلال سنة.
- موقع زيارات المرضى للطبيب المرتبط بعلاج حالاتهم المرضية ومتابعتها.
ج - الغرض من الاستخدام :
- الوقاية:
- الفحص الوقائي العام.
- إجراءات التشخيص.
- العلاقة بالمرض Illness Related:
- زيارة المرضى للطبيب تبعاً للأعراض المرضية التي يعانونها في السنة.
- استخدام الخدمة الصحية تبعاً لحالات العجز أو الإعاقة استجابة لها.
- العناية التمريضية الخاصة Custodial:
- عدد أيام الإقامة في بيوت التمريض المبلّغ عنها تبعاً للحالة المرضية.
- عدد أيام الإقامة في مرافق الرعاية الطويلة المدى.
د - الفترة الزمنية للاستخدام:
- الاتصال بمقدمي الرعاية الطبية:
- نسبة الأفراد الذين يتم فحصهم من قبل مقدمي الرعاية الصحية في السنة.
- نسبة حالات الاستشفاء.
- حجم الاستخدام:
- متوسط عدد الزيارات في السنة.
- متوسط حالات الدخول والإقامة في المستشفى في السنة.
- استمرارية الرعاية:
- لمحة جانبية عن الرعاية حسب الحالات المرضية.
- خلاصة المؤشرات الخاصة باستمرارية الرعاية.
٤- رضا المستفيد:
- آخر زيارة لمصدر الرعاية الصحية المعتاد.
- رضا المستفيدين عن الرعاية الطبية بصفة عامة.

*Ibid., p.49.

٢- النماذج الشاملة الأخرى لاستخدام الخدمات الصحية:

حدد "ماك كينالي Mckinlay" ستة أساليب أو مداخل أو نماذج لمتنبئات Predictors استخدام الخدمات الصحية، وهذه الأساليب يوضحها الجدول التالي^(١٧، ١٨):

الجدول رقم (٢)

النماذج الستة لوصف متنبئات استخدام الخدمات الصحية*

النموذج	المتنبئات المرتبطة باستخدام الخدمات الصحية
١- السكاني (الديموغرافي) (Demographic)	العمر، الجنس، الوضع العائلي، حجم الأسرة، مكان الإقامة.
٢- البنية الاجتماعية Social Structure	الطبقة الاجتماعية، الأثنية، التعليم، المهنة.
٣- البنية من وجهة علم النفس الاجتماعي Social Psychological	المعتقدات الصحية، القيم، المواقف، الأعراف، الثقافة.
٤- البنية الاقتصادية	دخل الأسرة، تغطية التأمين، أسعار الخدمات، نسب مقدمي الخدمة إلى السكان.
٥- البنية الاقتصادية	تنظيم الممارسة الطبية للأطباء، أنماط التمويل، استخدام الخدمات الطبية المساعدة، مصدر الرعاية الصحية النظامي.
٦- بنية النظم	جميع أو معظم النماذج السابقة تم اعتبارها ضمن إطار مجموعة من المتنبئات المتداخلة.

* Lu Ann Aday , op.cit. , p.51.

وحسب الشكل والجدول الآنفى الذكر، يشير العنصر الأول في نموذج "أندرسون وأدى" المتعلق بالسياسة الصحية، إلى أنه ينبغي النظر إلى السياسة الصحية على أنها نقطة انطلاق لبحث أنماط استخدام الخدمات الصحية، وذلك في ضوء نظم تمويلها وترتيباتها وتنظيماتها المعمول بها لتحسين إمكانية حصول الأفراد المستهدفين على الرعاية الصحية عندما يحتاجون إليها.

أما العنصر الثانى الخاص بخصائص نظام تقديم الرعاية، فترتبط به، حسب نموذج "أندرسون وأدى"، ترتيبات عديدة من أجل تقديم أفضل رعاية ممكنة إلى المستفيدين. ومن هذه الترتيبات، عوامل تتصل بحجم الخدمات المتاحة، وتوزيعاتها الجغرافية، وأساليب وآليات تنظيم دخول المستفيدين وانتقالهم بين مصادر الرعاية الصحية النظامية حسب ترتيبات تغطيتهم الطبية، بالإضافة إلى بيان مصادر الرعاية الطبية المستخدمة من قبل الأفراد الذين لا تتوافر لهم مصادر رعاية نظامية، وإيضاح أسباب ذلك، وبيان الأماكن التى يذهبون إليها لتلقى الرعاية الطبية.

ووفقاً للنموذج السابق يشير العنصر الثالث المتعلق بخصائص المجتمع المعرض للخطر إلى الأبعاد الثلاثة التالية: مجموعة العوامل التى لا يمكن السيطرة عليها، ومجموعة العوامل التى يمكن السيطرة عليها، و الحاجات الصحية التى يتم إدراكها وتقييمها من قبل المخططين الصحيين والمتعلقة بسلوك استخدام الخدمات الصحية.

ويشتمل البعد الأول المتعلق بالعوامل التى لا يمكن السيطرة عليها Predisposing Factors، على تلك العوامل التى تحدد ميل الأفراد إلى استخدام الخدمات الصحية حسب خصائصهم الديموغرافية - أى: تبعاً لأعمارهم، وجنسهم، وحجم أسرهم، ومستوى تعليمهم، ونوع مهنتهم... - وخصائص تركيبهم الاجتماعى، مثل: معتقداتهم ومواقفهم وقيمهم تجاه مدى معرفة الطبيب بمرضهم، وتجاه استخدامهم للخدمات الصحية المتاحة لهم. فعلى سبيل المثال، تشير أعمال كل من "أودين أندرسون" Odin Anderson و"روبرت أندرسون" إلى أن عمر الفرد يرتبط ارتباطاً وثيقاً بالحاجة إلى طلب الرعاية^(١٠). أما المتغيرات الديموغرافية الأخرى مثل مستوى التعليم والمهنة فتشير إلى أهمية التعرف على نمط حياة الأفراد وتكشف عن تأثيرات البيئة فى قراراتهم بطلبهم للرعاية. وقد وجد أن الأفراد الذين يعتقدون اعتقاداً راسخاً بقيمة الرعاية الصحية أو الأطباء، يكونون أكثر طلباً للرعاية من أولئك الذين لا يعتقدون بأهمية ذلك^(١١).

أما البعد الثانى المتعلق بالعوامل المُمكنة Enabling Factors والتى يمكن السيطرة عليها، فيحدد الوسائل المتوافرة للأفراد وأسرهم من أجل استخدام الخدمات الصحية - مثل: مستوى دخل الأسرة، ونوع التغطية الطبية ومداه - بالإضافة إلى العوامل المرتبطة بالمنطقة التى يعيش فيها الفرد، ومكان إقامته فيها ومدة الإقامة، فقد تشير المنطقة سواء أكانت ريفية أم حضرية إلى القرب الجغرافى من مصدر الرعاية الصحية.

وما يتعلق بالبعد الثالث المرتبط **بحاجة الأفراد إلى الرعاية الصحية** لاسيما خدمات الأطباء، فإنه يعزى إلى أحوالهم الصحية أو الأمراض التي يعانون منها والتي تعد السبب الرئيسى والمباشر والمهم الذى يدفعهم إلى استخدام الخدمات الصحية. وقد أشارت "بربارة هولكا Barbara Hulka وجون ويت John Wheat" فى هذا الصدد أثناء مراجعاتهما لمراجع استخدام الخدمات الصحية إلى وجود علاقة معنوية بين الحاجة الصحية والاستخدام^(١٢). ويمكن إدراك الحاجات الصحية إما من خلال الوقوف على الأحوال الصحية للسكان، أو من خلال تقييم تلك الحاجات عن طريق الرجوع إلى سجلاتهم الصحية للوقوف على طبيعة دواعى طلبهم للرعاية الصحية.

وتجدر الإشارة إلى أن الاصطلاح قد جرى بتسمية بعض الخصائص ذات الصفتين البيولوجية والاجتماعية مثل: عمر الفرد، وجنسه، وعرقه، ومكان إقامته، بالخصائص الثابتة غير القابلة للتغيير Immutable. ولا يمكن للسياسة الصحية، بالتالى، إحداث أى تغيير مباشر للتأثير فى سلوك الأفراد فى استخدام الخدمات الصحية^(١٣).

أما الخصائص التى يمكن السيطرة عليها مثل: معتقدات الأفراد تجاه الرعاية الصحية ومواقفهم، والتغطية بالتأمين الصحى، فيمكن أن تعد من الخصائص التى تؤثر فيها السياسات الصحية تأثيراً إيجابياً بهدف تيسير وصول الأفراد إلى خدمات الرعاية الصحية. ويقال عن هذه الخصائص إنها قابلة للتغيير Mutable أو للتعديل Alterable من خلال السياسة الصحية^(١٤).

أما العنصر الرابع المتعلق **باستخدام الخدمات الصحية** فيشير نموذج "أندرسون وأدى" إلى نوع وموقع استخدام أفراد المجتمع لخدمات الرعاية الصحية حسب مقدمى الخدمة (الأطباء - المراكز الصحية - المستشفيات ...)، بالإضافة إلى بيان الغرض منه وحجمه ومدى استمراريته.

أما العنصر الخامس والأخير فى النموذج آنف الذكر، فيتناول **رضا المستفيدين** عن مقدمى خدمات الرعاية الصحية، بالإضافة إلى ملائمة الخدمات المقدمة، ودرجات توافرها، وملائمة نظم تمويلها.

وترى "لو آن أدى Lu Ann Aday" أن النموذج السابق يفيد فى تقييم التوزيع العادل للخدمات الصحية، وقياس مستوى وصول أفراد المجتمع إلى خدمات الرعاية الصحية المتاحة، بالإضافة إلى إجراء التقييمات الذاتية الشخصية Subjective للمستفيدين، وذلك على ضوء خبراتهم الحديثة فى استخدام الخدمات الصحية^(١٥).

ومن الجدير بالذكر أن هذا النموذج واجه العديد من الانتقادات من قبل كل من "ولينسكى Wolinsky" و "بيكر Becker" و "ميمان Maiman"^(١٦). وقد تركزت هذه الانتقادات على وجود مدى واسع من المتغيرات ومستويات مختلفة من التحليل يصعب فيها جمع جميع البيانات لاختبار النموذج الكامل.

ويوضح النقاش التالي الجهود الأخرى لتطوير نماذج لنظم شاملة لاستخدام الخدمات الصحية.

هذا، وقد تم توضيح العديد من هذه المؤشرات في النموذج السلوكي السابق لاستخدام الخدمات الصحية، إلا أن "ماك كينالي Mckinlay" حاول إبراز أهمية استخدام أسلوب النظم لتسهيل الارتباطات السببية Causal Linkages بين مختلف المتغيرات المشار إليها في الجدول السابق وبيان ارتباطها أو أثرها المباشر وغير المباشر بجوهر نتائج استخدام الخدمات الصحية، وذلك للخروج بفهم متعمق لسلوك استخدام الخدمات الصحية.

٣- نماذج اتخاذ القرار عند المريض في صدد استخدام الخدمات الصحية Models of Patient Decision Making

نعرض فيما يلي بشكل مختصر لنماذج كل من "ستشمان Suchman"، و "كوسا وروبرستن Kosa & Robertson"، و "ميكانيك Mechanic"، وكذلك لنموذج الاعتقاد الصحي، حول اتخاذ القرارات عند المرضى في استخدام الخدمات الصحية^(٢٤،٢٣،٢٢،٢١،٢٠،١٩).

أ - نموذج "ستشمان Suchman":

يتوقف بعد الاستخدام الذي هو محور نموذج "ستشمان" لمراحل اتخاذ المريض قراراً بطلب الرعاية الطبية على حدوث المرض لديه. ففي هذا النموذج يشير "ستشمان" إلى أن مراحل طلب المريض للرعاية الطبية تنقسم إلى خمس مراحل هي:

١- معاناته للعارض المرضى وقراره بمعالجة مرضه.

٢- افتراضه وجود المرض أو تبنيّه لدوره.

٣- اتصاله بالرعاية الطبية.

٤- اعتماده على الخدمة الطبية.

٥- تبني مرضه وادعاؤه الحاجة إلى النقاهاة أو التأهيل.

وبناء على هذا النموذج يشارك المريض فى كل مرحلة من المراحل السابقة باتخاذ بعض القرارات الخاصة بطلبه للرعاية الصحية.

ففى المرحلة الأولى، يشعر المريض بعدم الارتياح نتيجة ألم أو عارض يعتريه، ويلى ذلك تفسيره لخطورة ما يعانیه، وشعوره بالخوف والقلق على حالته الصحية. وقد يستخدم المريض خلال هذه المرحلة علاجات منزلية غير موصوفة له محاولاً التخلص من الأعراض المرضية التى يعانیه.

وبناء على نموذج "ستشمان" قد ينتقل المريض إلى المرحلة الثانية من الناحية النظرية، وهى استجابته لدور المرض وافتراضه وجوده، أو قد يتظاهر بعدم المرض ويؤخر طلبه للرعاية إلى وقت آخر.

ومع ذلك فهو يبدأ عند النقطة التى يفترض فيها أنه مريض، بالتخلى عن التزاماته وواجباته المعتادة، فيلجأ مثلاً إلى التزام سريره، أو عدم الذهاب إلى عمله، أو طلب إجازة مرضية. وقد يواصل المريض فى هذه المرحلة التعاطى مع حالته الصحية باستخدام العلاجات المنزلية معتمداً على نصائح أهله وأصدقائه.

أما فى مرحلة دور تبنيّه للمرض، فقد يتقبل المريض حكم طبيب متخصص باتباع تعليماته لمعالجة مرضه. وهو أمر يدفعه للاتصال بالطبيب ورؤيته له للاعتماد عليه إلى أن يستعيد صحته.

وقد يدعى المريض فى مرحلة النقاهاة والتأهيل Recovery & Rehabilitation إلى التخلي أو الإقلاع عن تبنيه لدور المرض ومعاودة أنشطته المعتادة. وقد يرفض بعض الأفراد التخلي عن تبنيهم لدور المرض فى هذه المرحلة، وقد يصبحون متمرّضين مزمنين Chronic Malingerers.

ويعد نموذج "ستشمان" إطاراً شاملاً مشوقاً للمراحل المختلفة التى يظهر فيها العديد من المرضى من خلال استجابتهم للمرض. ومع ذلك لا توجد أية دراسات تجريبية شاملة تدعم هذا النموذج من حيث بيان أثره فى طلب الرعاية الطبية.

ب - نموذج "كوسا وروبرتسن Kosa & Robertson":

وضع "كوسا وروبرتسن" نموذجاً آخر لشرح قرارات طلب المريض للرعاية الطبية ضمن إطار حدوث المرض. ويركز هذا النموذج في تفسيره لطلب المريض للرعاية الصحية على الناحية النفسية أكثر من تقديمه لتفسيرات اجتماعية لشرح استجابة الأفراد للمراحل المختلفة للحادثة المرضية كما في نموذج "ستشمان". فالسلوك يتم حفزه نتيجةً لحاجة الفرد النفسية إلى الحد من قلقه المستثار نتيجةً لشعوره بخطر المرض. ويمكن تصنيف القلق لديه في فئتين: قلق عام وغير محدد Floating Anxiety لا يرتبط مباشرة بالحادثة المرضية Episode of Illness، وقلق محدد يرتبط بانعدام الراحة الجسدية نتيجةً لأعراض حالته المرضية التي يعانيتها، مما يدفعه إلى طلب الرعاية الصحية.

ولا يوجد لنموذج "كوسا وروبرتسن" ما يشير إلى فعاليته في الاعتماد عليه في دراسة الطلب على الرعاية الطبية.

ج - نموذج "ميكانيك Mechanic":

يتناول هذا النموذج مجموعة متنوعة من العوامل الاجتماعية والنفسية التي تؤثر في إدراك المرضى للحاجة إلى طلب الرعاية الصحية. وهو بذلك يستفيد من العوامل الاجتماعية المتضمنة في نموذج "ستشمان" والعوامل النفسية الداخلة في نموذج "كوسا وروبرتسن" لشرح وجهات نظر الأفراد في طلبهم للرعاية الصحية.

ولم يخضع هذا النموذج، مثل النموذجين السابقين، لأية اختبارات تجريبية تؤكد فائدته في تفسير ظاهرة طلب الأفراد للرعاية الصحية.

د - نموذج الاعتقاد الصحي Health Belief Model:

يعد هذا النموذج من النماذج ذات الاتجاه الاجتماعي النفسي الأكثر تفسيراً لقرارات طلب الرعاية الصحية الذي أخضع للعديد من اختبارات الدراسات التجريبية.

وقد طُبّق هذا النموذج في البداية لفهم السلوك الصحي فيما يختص بطلب الرعاية الوقائية، لكنه طبق لاحقاً لشرح طلب الرعاية الصحية في ضوء ما يصيب أفراد المجتمع من الأمراض.

ويشتمل هذا النموذج على العديد من العوامل الديموغرافية، والاجتماعية، والنفسية والمعرفية ذات العلاقة بالأمراض التي قد تؤثر في سلوك طلب الأفراد للرعاية الصحية.

وهناك عدد لا يستهان به من الدراسات التطبيقية لجدوى تطبيق نموذج الاعتقاد الصحى فى شرح الجوانب الوقائية، والسلوكيات ذات العلاقة بالأمراض، وتبنى دور سلوك المرضى.

رابعاً - مؤشرات قياس استخدام الخدمات الصحية Indicators of Health Services Utilization

يوضح الجدول رقم (٣) أنواع خدمات الرعاية الصحية الشخصية وأهم مؤشرات القياس المتبعة فى كل منها للدلالة على كفاءة استخدامها.

جدول رقم (٣)

توزيع أنواع خدمات الرعاية الصحية الشخصية تبعاً للمؤشرات الدالة على قياس الاستخدام فى كل منها*

المؤشر أو مؤشرات الاستخدام	نوع خدمة الرعاية الصحية
١- خدمات الأطباء البشريين وأطباء الأسنان:	- مؤشرات حركة نشاط المرضى المنومين: - متوسط العدد اليومي للمرضى المنومين. - المتوسط اليومي لعدد حالات الدخول حسب التخصص. - المتوسط اليومي لعدد حالات الخروج. - متوسط فترة الإقامة. - معدل شغل الأسرة. - معدل دوران السرير. - فترة خلو السرير.
عيادات الأطباء الخاصة - عيادات الأطباء فى المراكز الصحية - مجمعات العيادات - العيادات الخارجية فى المستشفيات - أقسام الطوارئ - وحدات الصحة المدرسية	- نوع الخدمة: (المرضى المنومون - مرضى العيادات الخارجية - مرضى الإسعاف والطوارئ). - الجراحات: - أعداد العمليات أو الحالات الجراحية تبعاً لأنواعها ودرجة مهارتها: بسيطة - متوسطة - معقدة. - أعداد جراحات اليوم الواحد وأنواعها. - عدد الإجراءات الجراحية.
٢- المستشفيات:	- متوسط عدد زيارات المرضى والمراجعين للطبيب تبعاً للتخصص. - أنواع الزيارات (وقائية - مرضية - متابعة - طارئة). - أسباب الزيارة.

تابع - جدول رقم (٣)

<ul style="list-style-type: none"> - أنماط المواعيد (أول مرة - متابعة) . - علاقة الاستخدام بتوافر خدمات الأطباء: - نسبة الأطباء إلى السكان. - نسبة الأطباء الأخصائيين إلى الأطباء العامين. - الولادات والمواليد: - الولادات: الولادات الطبيعية - الولادات غير الطبيعية (الفتوز Ventouse، تحويل بالمقعدة Breech، الجفت Forceps، القيصرية، أخرى). - المواليد: مولود حي - قبل الأوان - مولود ميت. - أعداد الفحوص المخبرية تبعاً لأنواعها وفئاتها المختلفة. 	<p>٣- خدمات المختبرات وبنوك الدم:</p> <p>فحوص الأحياء الدقيقة - فحوص الكيمياء الحيوية - فحوص أمراض الخلايا والأنسجة - فحوص الدم وبنك الدم.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - أعداد المرضى. - أعداد الصور تبعاً لأنواعها وفئاتها المختلفة. - متوسط عدد الصور للمريض الواحد. 	<p>٤- خدمات التصوير:</p> <p>التصوير بالأشعة السينية - التصوير بالموجات فوق الصوتية - التصوير بالرنين المغناطيسي - التنظير الشعاعي.</p>
<ul style="list-style-type: none"> - عدد جلسات التنقية الدموية (الغسيل الكلوي). - أعداد زراعات الأعضاء تبعاً لأنواعها. - عدد جلسات العلاج الطبيعي تبعاً لأنواعها. - أعداد حالات التأهيل الطبي تبعاً لأنواعها. - عدد جلسات العلاج بالكهرباء. 	<p>٥- خدمات التنقية الدموية وزراعة الأعضاء (زراعات الكلى - الكبد - صمامات القلب - قلب كامل - القرنية - الرئة)</p> <p>٥- خدمات العلاج الطبيعي والتأهيل الطبي والعلاج بالكهرباء Electro-therapy</p>

* المصدر: الكاتب.

خامساً - استخدام الأطباء Physician Utilization:

يَحْسُنُ بنا أن نشير أولاً إلى أن استخدام خدمات الأطباء علاقة معنوية بكل من مؤشر نسبة الأطباء إلى السكان، ومؤشر نسبة الأطباء الأخصائيين إلى الأطباء العاميين. بمعنى أنه كلما زادت النسبتان الأوليان كانت نسبة استخدام أفراد المجتمع لخدمات الأطباء أكبر^(٢٥). وهناك العديد من العوامل التي قد تؤثر في طلب استخدام المرضى لخدمات الأطباء تبعاً لأسلوب الدفع وطريقة ممارسة الأطباء لمهنتهم الطبية Physicians' Practices (انظر الشكل رقم ٢).

الشكل رقم (٢)

ترتيبات الممارسة الطبية*

Physicians Practice Arrangements

طريقة الممارسة الطبية		أسلوب الدفع
الممارسة الطبية الجماعية Group Practice	الممارسة الطبية الفردية Solo Practice	
دفع الأجر نظير الخدمة في الممارسة الجماعية	دفع الأجر نظير الخدمة في الممارسة الفردية	الأجر نظير الخدمة Fee for Service
الدفع المسبق لأجور الخدمة في الممارسة الجماعية	الدفع المسبق لأجور الخدمة في الممارسة الفردية	الدفع المسبق للأجر Capitation

* Mark Hornbrook and Sylvester Berki , " Practice Mode and Payment Method: Effects on Use, Costs, Quality, and Access " , **Medical Care Journal** , Vol.23,No.5 , May 1985 , p.487.

وتشير إحصاءات مركز الهيئة الطبية الأمريكية لعام ١٩٩٨ ، عبر شبكة الإنترنت، إلى أن نحو (٦٦٪) من الأطباء في أمريكا يمارسون مهنتهم ممارسة فردية وفق ترتيبات الأجر مقابل الخدمة المقدمة، أو حسب نظام الدفع المسبق لأجور الخدمة. كما تشير هذه الإحصاءات إلى أن نحو (٦٠٪) من إجمالي زيارات المرضى في العام نفسه كانت من حصة هذا النمط من الممارسة. أما النسبة المتبقية من الأطباء فتمارس مهنتها ممارسة جماعية حسب أسلوب الدفع الأنفي الذكر ذاتيهما.

وفى صدد مدى تأثير نمط الممارسة الطبية للأطباء وطريقة أسلوب الدفع فى قرارات الأطباء فى مسائل مثل الاستشفاء، ومدة الإقامة، والجراحة، وطلب فحوص التشخيص، ووصف الدواء - رأى "جون إيزنبرغ John Eisenberg" أنه ليس هناك ما يؤيد وجود العلاقة بين هذه الأمور وبين وجود أسرة شاغرة تدفع الأطباء إلى ملئها حسب قانون "رومر Roemer"^(٢٦). كما رأى أنه لا وجود لنتائج جازمة بصدد تأثير وفرة عدد الأطباء فى حجم استخدام الخدمات الصحية مثل زيادة عدد حالات الاستشفاء، والجراحات، وعدد الزيارات للأطباء، وفحوص التشخيص، ووصف الأدوية. ورأى أن حجة إثبات فرضية أن الأطباء قادرون على زيادة استخدام خدمات الرعاية الصحية استجابة للتغيرات فى عرض الأطباء أو وفرة أسرة المستشفيات استناداً إلى نتائج المسح الوطنى لنفقات الرعاية الطبية الوطنية فى الولايات المتحدة الأمريكية الذى قام به كل من "ويلنسكى Wilensky" وروسيتير "Rossiter" - ليس هناك ما يؤيدها بسبب أن (٩٠٪) من استخدام الخدمات الصحية يعود إلى طلب الأطباء لها من دون إغفال مصالح حاجة المرضى لها.

ويوضح الجدول رقم (٤) بعض الإحصاءات عن استخدام المرضى لخدمات الأطباء فى العام ١٩٩٨ التى تم استخلاصها من بيانات المسح الصحى الوطنى فى أمريكا عبر شبكة الإنترنت.

الجدول رقم (٤)

بعض الإحصاءات عن استخدام المرضى لخدمات الأطباء فى العام ١٩٩٨

المؤشر	البيان
نحو ٧٥٪ من السكان	نسبة السكان الذين يراجعون الطبيب مرة فى السنة على الأقل.
٥,٥ زيارة	متوسط عدد الزيارات السنوية للطبيب الواحد.
نحو ٨٠٪ من الأمهات	نسبة مراجعة الأمهات للطبيب خلال فترة الحمل الأول.
زيارتان	متوسط عدد الزيارات السنوية لطبيب الأسنان.

وعلى ضوء ما سبق، يمكن تلخيص أهم العوامل التى تؤثر فى استخدام خدمات الأطباء فيما يلى:

- وفرة الأطباء فى المجتمع (نسبة الأطباء إلى السكان، ونسبة الأطباء الأخصائيين إلى الأطباء العاميين).

- إدراك المجتمع لأهمية الوقاية من الأمراض والتشخيص المبكر لها.
- وجود تغطية مالية مناسبة لمواجهة نفقات خدمات الأطباء.

سادساً - استخدام المستشفيات Hospital Utilization:

أشارت بيانات المسح الصحى الوطنى فى أمريكا للعام ١٩٩٨ التى تم استيفائها عبر شبكة الإنترنت إلى انحدار نسبة عدد حالات الاستشفاء بصورة ملحوظة فى العام ١٩٩٧ مقارنة بالعام ١٩٧١ فقد انخفضت هذه النسبة من (١٣٪) من السكان فى عام ١٩٧١ إلى نحو (٧٪) فى عام ١٩٩٧ م، بمتوسط إقامة بلغ نحو (٥) أيام.

ويوجد فى أمريكا حالياً اهتمام كبير بإجراء جراحات العيادات الخارجية (أو جراحات اليوم الواحد Day Surgery) للتقليل من متوسط إقامة المرضى فى المستشفى، وزيادة معدلات دوران السرير فيه. كما يوجد اهتمام بالغ بالتخطيط المبكر لخروج المرضى من المستشفى. وهاتان المسألتان تسهمان فى الحد من تكاليف الرعاية الاستشفائية، وزيادة الاستفادة من خدمات المستشفى، وتحذان من الحاجة إلى زيادة أعداد أسرة المستشفى.

سابعاً - محددات الطلب على استخدام الخدمات الصحية:

يقصد بالطلب الفعلى على الخدمة الصحية من الوجهة الاقتصادية قدرة الفرد على دفع ثمن الخدمة المطلوبة واستعداده الحقيقى لهذا الدفع^(٢٧). غير أن التحليل الاقتصادي لطلب الفرد على الخدمة الصحية لا يعد كافياً لتفسير كافة العوامل للظروف المؤثرة على طلبه للخدمة الصحية بهدف إزالة قلقه وتحسين صحته^(٢٨). لذا سوف نتناول فى هذا الجزء من الفصل بيان أهمية عدد من المتغيرات المستخدمة فى وصف محددات الطلب على استخدام خدمات الرعاية الصحية. وهذه المحددات بصفة عامة، مصنفة إلى حد بعيد حسب الفئات الواردة فى النموذج السلوكى لاستخدام الخدمات الصحية السالف ذكره^(٢٩، ٣٠، ٣١، ٣٢، ٣٣).

١- المحددات ذات الصلة بالخصائص السكانية (الديموغرافية)، ومن أهمها:

أ - العمر: يرتبط العمر ارتباطاً معنوياً وأساسياً بمختلف أنواع استخدام الخدمات الصحية: بسبب كونه مؤشراً مهماً للعمر المرتبط بالمرض Age Associated Morbidity.

وبصفة عامة، تتسم العلاقة بين العمر والاتصال بالطبيب وزيارته بخط منحني ينخفض من مرحلة الطفولة إلى الشباب بسبب ما يتعرض له الأطفال من أمراض، ثم يرتفع تدريجياً كلما تقدم الإنسان في السن لاسيما بعد الفئة العمرية (٤٤-٦٤) ثم من ٦٥ سنة فما بعدها. بمعنى أن الأطفال الصغار وكبار السن يزداد اتصالهم بالطبيب لضعف بنيتهم وانخفاض مناعتهم ضد الأمراض، وهذا يعكس حاجة الفئة العمرية لكل منهم إلى الخدمات الطبية. وسوف تكون هذه الحاجة في المدى المنظور في أغلب الدول المتقدمة كبيرة جداً عندما يصبح نحو (٥٠٪) من السكان من المسنين. فلو نظرنا في الأرقام الواردة في الجدول رقم (٥) عن أعداد السكان في الولايات المتحدة الأمريكية لوجدنا أن نسبة المسنين من ٦٥ سنة فأكثر سوف تبلغ في عام ٢٠٢٠ (٥٣,٢) أى بزيادة قدرها (٧٠,٥٪) عن عام ١٩٩٠م. وهذا يعنى أن مستوى الرعاية الصحية سيكون قد قفز قفزات متقدمة وسوف يكون حجم الطلب على الرعاية أكبر بكثير بسبب زيادة نسبة المسنين.

الجدول رقم (٥)

أعداد السكان في الولايات المتحدة الأمريكية ونسب المسنين بينهم

البيان	السنة			
	١٩٩٠	٢٠٠٠	٢٠١٠	٢٠٢٠
إجمالي السكان (بالمليون)	٢٤٩	٢٧٥	٢٩٨	٣٢٣
٪ الفئة من ٦٥ سنة فأكثر	٣١,٢	٣٤,٧	٣٩,٤	٥٣,٢
٪ الفئة من ٨٥ سنة فأكثر	٣,١	٤,٣	٥,٦	٦,٥

* المصدر: إحصاءات مجلس الإحصاء الأمريكي عبر الإنترنت في شهر يناير من عام ٢٠٠١.

ومن الملاحظ أن العلاقة بين العمر وزيارة طبيب الأسنان تتناسب عكسياً في حالة الفئتين العمريتين السالفتين حيث تنخفض أعداد الزيارات إلى أدنى حد ممكن. فالأطفال يزورون طبيب الأسنان لأغراض وقائية أكثر من الكبار (أى للفحوص والتنظيف). أما الزيارات للأغراض التعويضية أى لحشو الأضراس والتركيبات السنية فتميل إلى الزيادة عند الكبار إلى عمر (٤٠) عاماً ثم تتناقص تدريجياً مع التقدم في السن.

وإذا ما استثنينا حالات الاستشفاء لأغراض التوليد، فإن معدلات الدخول والخروج ومدة بقاء المرضى الكبار تميل إلى الزيادة مع تقدم الإنسان في العمر. وينطبق الأمر

نفسه على إجراء بعض العمليات الخاصة والإجراءات التشخيصية وغير الجراحية التي تتباين تبايناً كبيراً مع تقدم الإنسان في العمر.

أما بيوت التمريض فإن غالبية المقيمين فيها من المسنين، ويزداد استخدام المسنين لها كلما تقدم عمر المسن، لاسيما من عمر (٨٥) سنة فأكثر.

وأما معدلات الإقامة والاستشفاء للمرضى في مؤسسات أو مرافق الرعاية النفسية والصحة العقلية فتكون أكثر ما تكون في الفئة العمرية من (٢٥ إلى ٤٤ سنة).

ب - الجنس Sex: بصفة عامة يكون استخدام النساء للخدمات الصحية أعلى من الرجال، وذلك بسبب أمور الرعاية المرتبطة بالحمل وحالات التوليد والرضاعة والأمور المرتبطة بالرعاية النسائية.

وكما تشير الإحصاءات في أمريكا، يزيد متوسط عدد زيارات النساء على الرجال بمعدل زيارة واحدة في السنة. وعلى الرغم من عدم وجود فروق ذات دلالة معنوية بين الجنسين فيما يتعلق بزيارات كليهما إلى الأطباء للأغراض الوقائية إلا أن هناك ما يدل مع ذلك على أن الرجال أقل مراجعة للطبيب فيما يتعلق بأعراض المرض مقارنة بالنساء. ولذا يمكننا أن نقول إن الطلب على الرعاية الصحية يكون عند النساء أكثر من الرجال.

ومن الجدير بالملاحظة أن النسبة الكبرى من أعداد الزيارات للعيادات الخارجية والطوارئ تأتي من الذكور. في حين تكون هذه النسبة أكبر في حالة زيارة الأطباء في عياداتهم الخاصة أو في مراجعتهم عند النساء.

وبصفة عامة، تكون زيارة النساء لأطباء الأسنان أكثر مما هي عند الرجال بحيث يفوق متوسط عدد زياراتهن متوسط زيارة الرجال لطبيب الأسنان. كما أن النساء أكثر ميلاً إلى الاستشفاء مريضات منومات ولاسيما في حالات التوليد. وقد لوحظ أن متوسط إقامة المرضى الذكور يبلغ نحو (٧) أيام، أي أنه أعلى من متوسط إقامة الإناث الذي يبلغ نحو (٦) أيام. هذا مع استثناء حالات الولادة. وقد بلغ متوسط عدد أيام التوليد (٢,٩) يوم في عام ١٩٩٨. وبصفة عامة، يعد معدل العمليات الجراحية عند النساء أعلى من معدل عمليات الرجال.

ومن ناحية أخرى، يبلغ عدد المقيمين في بيوت التمريض من النساء نحو ثلاثة أضعاف عدد الرجال. أما معدلات الدخول إلى مستشفيات الصحة العقلية فتبلغ عند الذكور ضعفي نظيراتها عند الإناث.

ج - حجم الأسرة: يلاحظ أنه كلما كبر حجم الأسرة وكان دخلها قليلاً كان أفرادها أكثر تعرضاً للأمراض، وبالتالي أقل طلباً للرعاية الصحية.

د - الأثنية Ethnicity: على الرغم من التحسينات في مستويات الوصول إلى الرعاية الطبية من قبل الأعراق التي تعود إلى أصل أسباني في الولايات المتحدة الأمريكية، فإن هناك ما يشير إلى أنهم يواجهون صعوبات في الحصول على الرعاية الصحية. ومن أهم هذه الصعوبات: صعوبات اللغة - وقيم الطبقة الوسطى - ومواقف مقدمي الخدمة - وأوقات الانتظار الطويلة لزيارة الطبيب - وعدم متابعة حالاتهم الصحية من قبل الأطباء أنفسهم. كما أن هناك نسبة منهم لا يتوافر لها أى تأمين صحى وهذا من أهم المعوقات التي تحول دون الحصول على الخدمات الصحية التقليدية.

٢- المحددات ذات الصلة بالعوامل الاجتماعية، ومن أهمها:

أ - مستوى التعليم: تتوقف العلاقة بين مستوى التعليم والاستخدام بصفة عامة على نوع المؤشر الذى يراد دراسته. ويعد مستوى التعليم عاملاً مهماً فى أغراض استخدام الرعاية الوقائية. فالأفراد الأكثر تعليماً هم على سبيل المثال، أكثر ميلاً إلى إجراء الفحوص الجسمية العامة، وتلقى التطعيم، وإجراء فحوص التشخيص المبكر والإجراءات الوقائية الأخرى.

كما أنهم أكثر ميلاً إلى استخدام خدمات أطباء الأسنان ومن ثم تزداد زياراتهم لطبيب الأسنان. ولكن المتعلمين يكون استخدامهم لخدمات التنويم أقل عادة من نظرائهم الأقل تعليماً.

ب - الوضع العائلى: يلاحظ أن المتزوجين أقل طلباً للرعاية الصحية فى المستشفى مقارنة بالعزاب؛ لما يتمتعون به من استقرار نفسى من جهة، وتوافر من ينصحونهم بشأن حالاتهم المرضية.

٣- المحددات ذات الصلة بالعوامل الاقتصادية، ومن أهمها:

أ - الدخل Income: فى الماضى كان السكان الأعلى دخلاً هم الأكثر استخداماً للخدمات الصحية الوطنية الشاملة، ولكن فى الوقت الحاضر أضحت الأفراد ذوو الدخل المنخفضة أكثر استخداماً للخدمات الصحية من نظرائهم ذوو الدخل المرتفعة بسبب إتاحة الخدمات الصحية المجانية لهم فى أكثر دول العالم.

ولكن ما زال أصحاب الدخول المنخفضة أقل استخداماً لخدمات أطباء الأسنان من نظرائهم أصحاب الدخول المرتفعة بسبب عدم توافر هذه الخدمات على نحو شامل فى ظل نظم الرعاية الصحية الوطنية أو حتى فى ظل نظم التأمين الصحية الحكومية أو الخاصة.

أما أعداد الدخول إلى المستشفى، وإجمالى أيام الرعاية، ومتوسط فترة الإقامة، فما زالت أعلى عند ذوى الدخول المنخفضة مقارنة بأصحاب الدخول المرتفعة، مما يعكس حالتهم الصحية المزمنة ومشكلاتهم الصحية الحادة.

ب - السعر: يعد من أهم محددات الطلب على الرعاية الصحية فى غير الحالات الطارئة. فإذا كان أجر الفحص الطبى مرتفعاً قل الطلب عليه إلى حد بعيد، والعكس صحيح، فإذا كان منخفضاً زاد الطلب عليه بدرجة كبيرة أيضاً. ويوصف فى هذه الحالة بأنه مرن. أما الفحوص الأخرى التى تقع بين الفحوص الطارئة والفحوص العامة، فيوصف الطلب عليها بأنه قليل المرونة فى الأسعار. ومن ثم يتأثر بالمحددات المرتبطة بالحاجة الصحية التى سنذكرها لاحقاً.

ج - الإقامة Residence: تقل معدلات الاستخدام لمعظم أنواع الخدمات عند أولئك الأفراد الذين يعيشون خارج المدن الرئيسية (أى فى القرى والأرياف والمدن الصغيرة) لاسيما فى المزارع والأماكن الريفية.

٤- المحددات المرتبطة بالحاجة الصحية:

تعد الحاجة الصحية من أهم محددات الطلب على استخدام الخدمات الصحية. ويمكن تصنيف الحاجات الصحية للمجتمعات إلى فئتين هما الحاجات المدركة التى تركز على الإدراكات الشخصية للمرضى بصدد حالتهم الصحية، والحاجات التى يتم تقييمها بالاستناد إلى تشخيصات حالاتهم السريرية من قبل الأطباء وتقييمها. وفيما يلى عرض موجز لذلك^(٣٤):

أ - الحاجة المدركة Perceived Need:

تشمل تقارير المرضى الذاتية عن الحالة الصحية مؤشرات تمثل مدى إدراكهم لحالتهم الصحية إن كانت ممتازة أو جيدة أو متوسطة أو سيئة، بالإضافة إلى المدى الذى ينتابهم القلق فيه على حالتهم الصحية، ومدى ذهابهم إلى السرير أو الحد من نشاطهم بسبب المرض أو الإصابة، والأعراض المحددة أو الحالات التى يذكرونها بسبب خبراتهم المرضية.

ب - الحاجة التى يتم تقييمها Evaluated Need:

قد لا تتوافق تقييمات مقدمى الرعاية الطبية والمرضى، للحاجة الطبية. وتشمل مؤشرات تقييمات مقدمى الرعاية لحالات المرضى تقييمهم الفعلى لشدة الأعراض المرضية أو الشكاوى التى قد يعانيتها المريض وتشخيصات المرضى المرتكزة على الفحوص المخبرية والأحكام السريرية.

ويؤثر نوع التشخيص أو فئة المرضى فى عدد الزيارات للطبيب وعلى أنواع مقدمى الرعاية الذين تتم مشاهدتهم.

ومن أهم الأسباب الباعثة على زيارة الطبيب فى الولايات المتحدة الأمريكية: الأمراض المزمنة لاسيما ارتفاع ضغط الدم، والتهاب المفاصل، والروماتيزم، والأمراض الأخرى ذات الصلة بالجهاز العضى الهيكلى، إضافة إلى الزكام والرشح، والأمراض المعدية والطفيلية.

وتعد الولادة الطبيعية للنساء السبب الرئيسى للاستشفاء. ومن أسباب الاستشفاء الرئيسية الأخرى: الأورام الخبيثة، والكسور، والتهابات الرئة، وأمراض الأوعية الدموية للمخ. ومن أهم جراحات المرضى المنومين، تلك الجراحات التى تتصل بالأمراض النسائية وجراحات البطن والعظام.

٥- العوامل الرئيسية الأخرى التى تساعد على زيادة الطلب على الخدمات الصحية:

ثمة عدد من العوامل التى تزيد من الطلب على الخدمات الصحية التى ينبغى مراعاتها عند وضع تقديرات الطلب لدى التخطيط للخدمات الصحية. ومن أهمها^(٣٥):

- **معدل النمو السكانى:** فمن البديهي أن تزايد أعداد السكان بمعدلات نمو مرتفعة يزيد من الطلب على الخدمات الصحية إلى حد بعيد.

- **تلوث البيئة:** فكلما زادت معدلات تلوث البيئة - الناتجة عن الضوضاء وتلوث الهواء والمياه والغذاء والتخلص غير السليم من الفضلات ونقص إجراءات السلامة المهنية - زاد الطلب على الخدمات الصحية.

- **الحوادث والحروب والكوارث الطبيعية:** (الزلازل، البراكين، الفيضانات، الأعاصير، الجفاف، التصحر...) وتؤثر هذه العوامل فى زيادة الطلب على الخدمات الصحية إلى حد بعيد بسبب ما تخلفه من دمار وموت وعجز وإصابات وانتشار الأوبئة وتشرذم وانهايار فى البنى التحتية والاقتصادية.

- عوامل أخرى تساعد على زيادة الطلب على الخدمات الصحية:
- التقدم التقنى والمعرفى فى مجال تشخيص الأمراض وعلاجها.
- زيادة الوعى لدى معظم المجتمعات تجاه أهمية الرعاية الصحية.
- استفحال العادات المضرة بالصحة مثل التدخين وتعاطى المسكرات والمخدرات.
- زيادة انتشار الأمراض المزمنة بسبب تقدم متوسط عمر الإنسان وانخفاض معدلات الوفيات، وانتشار أمراض معدية جديدة انتشاراً يلفت النظر مثل مرض نقص المناعة المكتسب (الإيدز)، وعودة انتشار أمراض معدية سابقة مثل السل والملاريا.

هوامش الفصل السابع

- Lu Ann Aday , " Indicators and Predictors of Health Services Utilization " , **Introduction of Health Services** , 4th ed., Edited by Stephen Williams and Paul Torrens (Albany, New York: Delmar Publishers Inc., 1993), p.46. -١
- Lu Ann Aday , **Designing and Conducting Health Surveys: A Comprehensive Guide** (San Francisco: Jossey - Bass Publishers , 1989), p.13. -٢
- Robin MacStravic , **Determining Health Needs** (Ann Arbor, Michigan : Health Administration Press , 1978), pp.18-19. -٣
- Lu Ann Aday , **Designing and Conducting Health Surveys: A Comprehensive Guide** , **ibid.** , p.13. -٤
- Lu Ann Aday , " Indicators and Predictors of Health Services Utilization " , **op.cit.** , p.47. -٥
- Ibid.** , p.47. -٦
- Ibid.** , pp.47-48. -٧
- Ibid.** , p.49. -٨
- Ibid.** , p.50. -٩
- Barbara Hulka and John Wheat, "Patterns of Utilization: The Patient Perspective", **Medical Care Journal**, Vol.23, No.5, May 1985, pp.447-448. -١٠
- Lu Ann Aday , " Indicators and Predictors of Health Services Utilization " , **ibid.** , p.48. -١١
- Barbara Hulka and John Wheat , **ibid.** , p.440. -١٢
- Lu Ann Aday , " Indicators and Predictors of Health Services Utilization " , **ibid.** , p.48. -١٣
- Ibid.** , p.48. -١٤
- Ibid.** , p.49. -١٥
- Ibid.** , p.49. -١٦
- Ibid.** , p.51. -١٧
- John Mckinlay , " Some Approaches and Problems in the Study and Use of Services: An Overview " , **Health and Social Behavior Journal** , No.13, 1972, pp.115-152. -١٨
- Lu Ann Aday , " Indicators and Predictors of Health Services Utilization " , **ibid.** , pp.52-55. -١٩
- E.A. Suchman , " Social Patterns of Illness and Medical Care " , -٢٠. **Health and Social Behavior Journal** , No.6, 1965, pp.2-16.

- E.A. Suchman , " Stages of Illness and Medical Care " , **Health and Social Behavior Journal** , No.6, 1965, pp.2-16.
- J. Kosa and L. Robertson , " The Social Aspects of Health and Illness-٢٢ , **Poverty and Health: A Sociological Analysis**, Edited by J. Kosa and I. Zola (Cambridge, MA: Harvard University Press, 1975), pp.40-79.
- David Mechanic , **Handbook of Health Care and the Health Professions** (New York: The Free Press , 1983),pp.591-605.
- M.H. Becker , **The Health Belief Model and Personal Health Behavior** (Thorofare, New Jersey: Charles B. Slack , 1974).
- Barbara Hulka and John Wheat ,**op.cit.** ,pp.448-449. -٢٥
- John Eisenberg , " Physician Utilization: The State of Research-٢٦ About Physicians' Practice Pattern " , **Medical Care Journal** , May 1985 , Vol.23,No.5 ,p.462.
- ٢٧- أمين حسن، " الطلب على الخدمة الصحية ونظم تسويقها " ، **مجلة الإدارة**، المجلد ٢٥ (القاهرة: اتحاد جمعيات التنمية الإدارية، يناير ١٩٩٣)، ص ٦٢.
- ٢٨- المصدر السابق، ص ٦٢.
- ٢٩- المصدر السابق، ص ص ٦٣-٦٥.
- ٣٠- محمد عبد الله، " محددات الطلب على الرعاية الصحية " **مجلة عالم الاقتصاد**، السنة الخامسة، العدد ٥٤، يوليه ١٩٩٦، ص ص ٤٠-٤٥.
- Wendy Lynch , D.W.Lynch , and Alan Johnson , " Predicting The-٣١ Demand for Healthcare " , **Healthcare Forum Journal** , January / February , 1996 , pp. 20-24.
- Donald Vickery , " Toward Appropriate Use of Medical Care " , -٣٢ **Healthcare Forum Journal** , January / February , 1996 , pp. 15-19.
- Lu Ann Aday , " Indicators and Predictors of Health Services Utiliza-٣٣ tion " , **op.cit.** ,pp.58-62.
- Ibid.** , pp.62-63. -٣٤
- ٣٥- أمين حسن، مصدر سابق ورد ذكره، ص ص ٦٥-٦٨.

مراجع الفصل السابع

أولاً - المراجع العربية:

- ١- أمين حسن، " الطلب على الخدمة الصحية ونظم تسويقها "، مجلة الإدارة، المجلد ٢٥ (القاهرة: اتحاد جمعيات التنمية الإدارية، يناير ١٩٩٣)، ص ٦٢.
- ٢- محمد عبد الله، " محددات الطلب على الرعاية الصحية " مجلة عالم الاقتصاد، السنة الخامسة، العدد ٥٤، يولييه ١٩٩٦، ص ص ٤٠ - ٤٥.

ثانياً - المراجع الأجنبية:

- 1- Barbara Hulka and John Wheat , " Patterns of Utilization: The Patient Perspective " , **Medical Care Journal** , Vol.23,No.5 , May 1985, pp.438-460.
- 2- David Mechanic , **Handbook of Health Care and the Health Professions** (New York: The Free Press , 1983),pp.591-605.
- 3- Donald Vickery , " Toward Appropriate Use of Medical Care", **Healthcare Forum Journal** , January / February , 1996 , pp. 15-19.
- 4- E.A. Suchman , " Social Patterns of Illness and Medical Care", **Health and Social Behavior Journal** , No.6, 1965, pp.2-16.
- 5- E.A. Suchman , " Stages of Illness and Medical Care " , **Health and Social Behavior Journal** , No.6, 1965, pp.2-16.
- 6- John Eisenberg , " Physician Utilization: The State of Research About Physicians' Practice Pattern", **Medical Care Journal**, Vol. 23, No.5 , May 1985 , pp.461-483.
- 7- J. Kosa and L. Robertson , " The Social Aspects of Health and Illness, **Poverty and Health: A Sociological Analysis** , Edited by J. Kosa and I. Zola (Cambridge, MA: Harvard University Press, 1975), pp.40-79.
- 8- John Mckinlay , " Some Approaches and Problems in the Study and Use of Services: An Overview", **Health and Social Behavior Journal** , No.13,1972, pp.115-152.
- 9- Lu Ann Aday , " Indicators and Predictors of Health Services Utilization " , **Introduction of Health Services** , 4th ed., Edited by Stephen Williams and Paul Torrens (Albany,New York: Delmar Publishers Inc.,1993).

- 10- Lu Ann Aday , **Designing and Conducting Health Surveys: A Comprehensive Guide** (San Francisco: Jossey - Bass Publishers , 1989).
- 11- Mark Hornbrook and Sylvester Berki , " Practice Mode and Payment Method: Effects on Use, Costs, Quality, and Access " , **Medical Care Journal** , Vol.23, No.5 , May 1985 , p.487.
- 12- M.H. Becker , **The Health Belief Model and Personal Health Behavior** (Thorofare, New Jersey: Charles B. Slack , 1974).
- 13- Robin MacStravic , **Determining Health Needs** (Ann Arbor, Michigan : Health Administration Press , 1978).
- 14- Wendy Lynch , D.W.Lynch , and Alan Johnson , " Predicting The Demand for Healthcare " , **Healthcare Forum Journal** , January / February , 1996 , pp. 20-24.

الفصل الثامن

تمويل خدمات الرعاية الصحية

Health Care Financing

يُسَهَّل التعرف على طبيعة نظم تمويل خدمات الرعاية الصحية في البلدان المختلفة، تحديد مدى نجاح سياساتها، أو إخفاقها، في تلبية احتياجات سكانها الصحية من جهة، وبيان أفضل البدائل التمويلية ملائمةً للنهوض بمستوى فعالية استخدامها لمواردها المخصصة لقطاعها الصحي وكفائها من جهة أخرى. بالإضافة إلى الكشف عن أى نقص في عدالة التوزيع الجغرافى لهذه الموارد نتيجةً لمحدودية التمويل اللازم لها، وتحديد حجم الفجوة بين مواردها المالية الحالية والموارد المطلوبة لتقديم خدمات الرعاية الصحية لجميع السكان فيها على نحو يتناسب وظروفهم الاجتماعية والاقتصادية.

ويتعرض هذا الفصل لحجم الإنفاق على قطاع الرعاية الصحية فى بعض الدول من أجل بيان درجة اهتمامها بصحة مواطنيها ورفاهيتهم. كما يتعرض بشيء من التفصيل لمصادر تمويل خدمات الرعاية الصحية وأساليبها، ولأسيما نظم التأمين الصحى من حيث كونها إحدى القنوات التمويلية المهمة لتغطية نفقات الرعاية الصحية، وذلك على ضوء تطبيقاتها فى الولايات المتحدة الأمريكية بصفتها رائدة هذه النظم فى العالم، وبيان أثر هذه النظم فى ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية فيها، والوسائل المتبعة حالياً للحد منها. ويتطرق الفصل، أيضاً، إلى أهم القضايا أو المسائل المتصلة بإصلاح نظم تمويل خدمات الرعاية الصحية.

أولاً - النفقات الصحية Health Expenditures:

نلقى فيما يلى نظرة سريعة إلى موضوع نفقات الرعاية الصحية، وذلك من حيث حجم الإنفاق على قطاع الرعاية الصحية فى بعض الدول المتقدمة ولأسيما فى الولايات المتحدة الأمريكية، وتتأى نفقات الرعاية الصحية فيها مع الإشارة إلى تتأى النفقات الصحية فى وزارة الصحة بالملكة العربية السعودية، ومصادر هذه النفقات وتوزيعاتها على مختلف برامج الرعاية الصحية:

١ - حجم الإنفاق على قطاع الرعاية الصحية:

يظهر الجدول رقم (١) حجم الإنفاق على قطاع الرعاية الصحية فى عدد من البلدان المتقدمة، باستخدام نسبة إنفاق كل منها على هذا القطاع، من منظور مؤشر ناتجها المحلى الإجمالى، ونسبة إنفاقها الحكومى^(١).

ويلاحظ من الجدول المذكور أن نسبة ما أنفقته الولايات المتحدة الأمريكية على الرعاية الصحية إلى إجمالى ناتجها المحلى بلغت (١٤٪). وهذه النسبة تمثل ضعف ما تنفقه كل

من المملكة المتحدة واليابان على الرعاية الصحية. ويلاحظ أيضاً أن اليونان وتركيا كانتا الأقل إنفاقاً من بين هذه الدول على الرعاية الصحية. حيث بلغت نسبة ما أنفقته كل منهما (٤, ٥٪) و (١, ٤٪) على التوالي. أما كندا وفنلندا وفرنسا وسويسرا فقد كانت أقرب إلى أمريكا من حيث إنفاقها على الرعاية الصحية. إذ بلغت نسبة إنفاق كل منها (٨, ١٠٪)، و (٤, ٩٪)، و (٤, ٩٪)، و (٣, ٩٪) على التوالي.

وعلى الرغم من تقدم الولايات المتحدة الأمريكية على الدول المتقدمة الأخرى في نسبة إنفاقها على الرعاية الصحية من ناتجها المحلي الإجمالي، كانت نسبة إنفاقها الحكومي على الرعاية الصحية الأقل من بين الدول المتقدمة. وتبلغ هذه النسبة نحو نصف نسبة ما تنفقه حكومتا كل من النرويج ولوكسمبورغ على الرعاية الصحية. ويمكن أن يعزى ذلك بصفة رئيسية إلى التفاوت الكبير بين نظم التأمين الصحى فى هذين البلدين وبين الولايات المتحدة الأمريكية. ففي النرويج ولوكسمبورغ يعد التأمين الحكومي هو النمط الوحيد فيهما حيث تتم تغطية نفقات الرعاية الصحية من عوائد برامج التأمين الاجتماعى فيهما، كما أشرنا في الفصل الأول. أما في الولايات المتحدة الأمريكية التي يخضع نظامها الصحى فى المقام الأول لنظام آليات السوق المتمثل فى المنافسة الحرة والاختيار الحر للسلعة المطلوبة. فتصل نسبة التأمين الصحى الخاص فيها إلى نحو (٣٣٪) من مصادر تمويل الرعاية الصحية. فالخدمات الصحية تُلْتَمَس وتباع مثل أى سلعة أخرى، ومن ثم يعتمد توزيع هذه الخدمات على القدرة الشرائية للمستفيدين. وقد أدى وجود هذا النظام إلى تعدد الجهات التي تقدم الرعاية وإلى ظهور فروق كبيرة بين المواطنين فى الحصول على الرعاية الصحية. وفى ظل هذا النمط من النظام يعد الفقراء محرومين من العديد من الخدمات الصحية. أما النسبة المتبقية من شرائح المجتمع فتغطى حاجاتها بشراء بوالص التأمين الصحى الخاص أو عن طريق برامج التأمين الفيدرالية الخاصة بالرعاية الطبية الأساسية والرعاية المساعدة التي سنتطرق إليها بشيء من التفصيل فى هذا الفصل لاحقاً.

وفى هذا الصدد تقول "آلما كوش Alma Koch" إن نظام التمويل فى الولايات المتحدة الأمريكية يعكس مدى تشرذم خدمات الرعاية أو تبعثرها من حيث هى كل، وذلك من زاوية العدد الكبير من الأمريكيين الذين هم غير مؤمنين Uninsured أو الذين هم دون الغطاء التأمينى الأدنى Underinsured للرعاية الصحية. وقد يقال إنه ليس بنظام على الإطلاق، بل، هو بالأحرى، نظام مرقّع Patchwork يتسم بآليات تمويلية هشة غير كافية لتلبية جميع الاحتياجات الصحية للمواطنين^(٢).

جدول رقم (١)

حجم الإنفاق على قطاع الرعاية الصحية في عدد من البلدان المتقدمة بالقياس إلى نسبة الإنفاق في كل منها على هذا القطاع من الناتج المحلي الإجمالي ونسبة الإنفاق الحكومي لعام ١٩٩٢

الدولة	نسبة الإنفاق من الناتج المحلي الإجمالي* Gross Domestic Product	نسبة الإنفاق الحكومي على الرعاية الصحية
الولايات المتحدة الأمريكية	١٤,٠	٤٥,٧
كندا	١٠,٨	٧٢,٧
فنلندا	٩,٤	٧٩,٣
فرنسا	٩,٤	٧٤,٨
سويسرا	٩,٣	٦٧,٩
النمسا	٨,٨	٦٥,٢
ألمانيا	٨,٧	٧١,٥
هولندا	٨,٦	٧٦,٦
إيطاليا	٨,٥	٧٥,٢
النرويج	٨,٠	٩٤,٨
بلجيكا	٧,٩	٨٨,٩
السويد	٧,٩	٨٥,٦
أستراليا	٧,٩	٦٧,٦
أسبانيا	٧,٥	٨٠,٥
لوكسمبورغ	٧,٤	٩١,٤
المملكة المتحدة	٧,١	٨٤,٤
اليابان	٧,٠	٧١,٢
الدانمرك	٦,٦	٨٢,٠
البرتغال	٦,٠	٦٩,٨
اليونان	٥,٤	٧٦,١
تركيا	٤,١	٦٥,٧

* المؤشر الذي تستخدمه الإستراتيجية العالمية لتحقيق الصحة للجميع بحلول سنة ٢٠٠٠م والمقترحة من قبل منظمة الصحة العالمية هو عدد البلدان التي تنفق (٥٪) فأكثر من ناتجها الوطني الإجمالي (أو ناتجها المحلي الإجمالي) على الصحة. وتضيف معطيات منظمة الصحة العالمية في نوفمبر ١٩٨١م، أن نسبة إنفاق أكثر البلدان النامية من ناتجها الوطني الإجمالي على الصحة تتراوح بين أقل من (١,٥٪) و (٢,٨٪)^(٣).

٢ - تنامي النفقات الصحية Growth in Health Expenditures:

تزداد نسب الإنفاق على الرعاية الصحية في كثير من الدول ولاسيما المتقدمة منها بنسب مرتفعة. ففي الولايات المتحدة الأمريكية مثلاً زادت هذه النفقات بالقياس إلى نسبة الإنفاق من مؤشر الناتج المحلي الإجمالي من (٩,٢٪) (أى نحو ٢٥٠,١ مليار دولار) في عام ١٩٨٠ إلى (١٤,٠٪) (أى ما يقرب من ١١٤٩ مليار دولار) في العام ١٩٩٩، ويتوقع أن تصل هذه النسبة في العام ٢٠٠٥ إلى (١٧,٩٪) (أى نحو ١٦٩٨ مليار دولار)، أى بنسبة زيادة قدرها (٨,٧) نقطة مئوية عن عام ١٩٨٠^(٤).

وفي المملكة العربية السعودية حيث يمثل الإنفاق الحكومي على الرعاية الصحية نحو (٨٠٪) من إجمالي النفقات الصحية، ازدادت الاعتمادات المالية المخصصة لوزارة الصحة من إجمالي الميزانية العامة للدولة - من دون الجهات الحكومية الأخرى كال دفاع والحرس الوطني والداخلية والمستشفيات الجامعية والتخصصية وغيرها - من (٥,١٪) (أى نحو ٨١١١ مليون ريال) في العام ١٤١٥/١٤١٤ هـ إلى (٦,٢٪) (أى ما يقرب من ١٢٠٤٥ مليون ريال) في العام ١٤١٩/١٤١٨ هـ^(٥). ويتوقع أن تصل نسبة الإنفاق - في ضوء معدل النمو السنوي المتوسط خلال الفترة ١٤١٥-١٤١٩ هـ للاعتمادات المالية المخصصة لوزارة الصحة من ميزانية الدولة - في العام ١٤٢٥ هـ إلى (٨,٧٪) أى ما يقرب من (١٦٩٤٧) مليون ريال.

وقد يعزى سبب زيادة الإنفاق على قطاع الرعاية الصحية في كثير من الدول إلى جملة من العوامل، من أهمها^(٦):

- زيادة عدد السكان وزيادة نسبة المسنين بينهم.
- تحسُّن نظرة الناس إلى قيمة خدمات الرعاية الصحية وأهميتها.
- التطور السريع للتقنية الطبية وانتشارها، وهو الذى فتح آفاقاً جديدة في مجال تشخيص الأمراض وعلاجها.
- زيادة إسهام الحكومات في تمويل خدمات الرعاية الصحية.
- تطور طرق التعويض للإنفاق على الرعاية الصحية من قبل ما يسمى بالطرف الثالث "Third - Party".
- النقص في أعداد القوى المتنافسة في نظام الرعاية الصحية لزيادة الكفاءة في تقديم خدمات الرعاية الصحية وزيادة إنتاجيتها.

هذا، ويرى الدكتور زهير السباعي أن نسبة الإنفاق على قطاع الرعاية الصحية لا تمثل العامل الوحيد الذى يحدد مستوى الاهتمام بالرعاية الصحية، إذ إن هناك عوامل أخرى

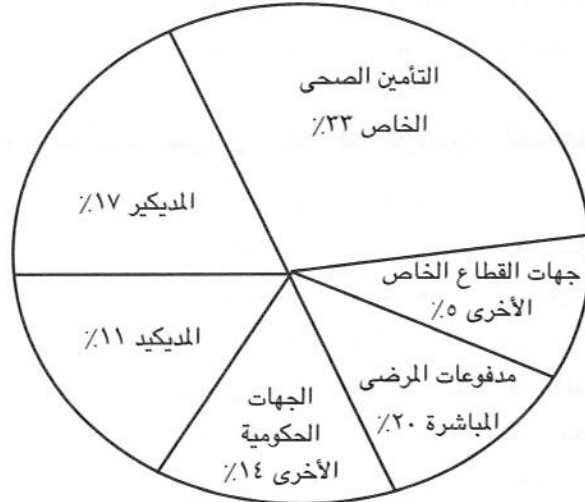
لا تقل أهمية عنها مثل حسن الاستفادة من الموارد المالية والبشرية الموظفة، إضافة إلى الاهتمام بالعوامل الأخرى التي تؤثر في الصحة مثل مستوى التعليم والمستويات الاجتماعية والثقافية والاقتصادية^(٧).

٣ - مصادر نفقات الرعاية الصحية وتوزيعاتها:

يوضح الشكل رقم (١) مصادر نفقات الرعاية الصحية وتوزيعاتها في الولايات المتحدة الأمريكية^(٨، ٩). ومنه يلاحظ أن التأمين الصحي الخاص يمول نحو ثلث النفقات الصحية. أما مدفوعات المرضى المباشرة فهي تمول خمس هذه النفقات. وتشكل مصادر هذه المدفوعات للقطاع الخاص نحو (٥٨٪). أما النسبة المتبقية (٤٢٪) فهي تمول من قبل الحكومة. ويعد برنامج الرعاية الطبية المسمى "مديكير Medicare" من أكبر البرامج الحكومية لتمويل الخدمات الصحية لكبار السن والمعوقين والفئات الأخرى، ويليه برنامج المساعدة الطبية المسمى "مديكيد Medicaid"، أي برنامج الرفاه للرعاية الصحية Welfare Program for Health Care. وفي هذا المجال تؤكد دراسة "ستيفن غلوبرمان وإيدان فيننغ Steven Globberman & Aidan Vining" عدم وجود ما يدعم النتائج التي تشير إلى أنه كلما تنامت نظم تمويل الرعاية الصحية الخاصة ازداد اهتمامها في التخفيف من التمويل الحكومي للرعاية الصحية^(١٠).

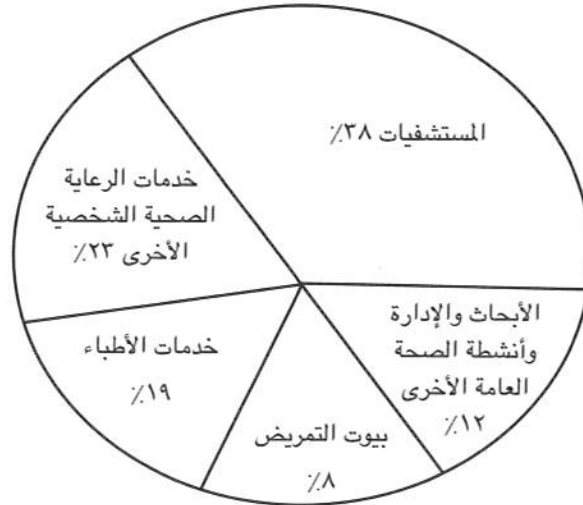
الشكل رقم (١)

مصادر نفقات الرعاية الصحية وتوزيعاتها في عام ١٩٩٠ في الولايات المتحدة الأمريكية
أولاً - مصادر نفقات الرعاية الصحية



(تابع) الشكل رقم (١):

ثانياً - توزيعات نفقات الرعاية الصحية



أما توزيعات النفقات الصحية، فقد بلغت نسبة ما أنفق على المستشفيات وبيوت التمريض ما نسبته (٤٦٪) في ١٩٩٠م، كما أن نسبة (٤٢٪) تم إنفاقها على نحو شبه متساو على خدمات الأطباء، والأدوية، والنظارات، والأدوات والمعدات والأجهزة والخدمات التخصصية والحرفية الأخرى. أما مجموع ما أنفق على الأبحاث والإنشاء والإدارة ونشاطات الصحة العامة فقد بلغ (١٢٪) من إجمالي نفقات الرعاية الصحية في نفس العام المذكور.

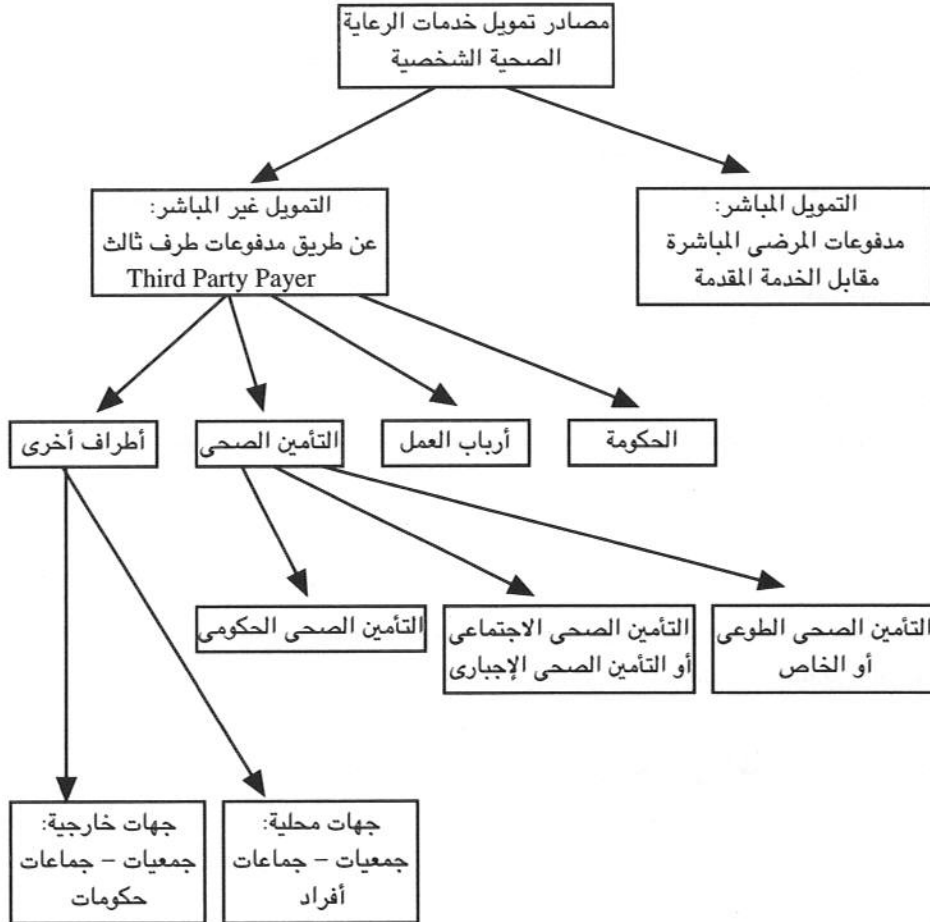
ثانياً - مصادر وأساليب تمويل خدمات الرعاية الصحية:

أشرنا في الفصل الأول إلى أن خدمات الصحة العامة (مثل مكافحة الأمراض المعدية، ومراقبة الجوانب المهمة في صحة البيئة كسلامة الماء والغذاء، والإشراف المباشر على برامج رعاية الأمومة والطفولة، وبرامج التحصين ضد بعض الأمراض المعدية) تدخل في إطار المسؤوليات العامة للدولة على أنها حق من حقوق المواطنين، ومن ثم فإن المصدر الرئيسي لتمويل هذه الخدمات يتمثل في الدولة. أما خدمات الرعاية الصحية الشخصية مثل المستشفيات ومراكز الرعاية الصحية وعيادات الأطباء فتتباين مصادر تمويلها من دولة إلى أخرى، بالنظر إلى تكاليفها المطردة الزيادة، وزيادة الطلب عليها من دون أن

يصاحب هذا الازدياد المطرد زيادة ملحوظة في مخصصات الإنفاق الحكومي عليها، مما دفع العديد من الدول إلى البحث عن مصادر أخرى لتمويل هذه الخدمات، والأخذ بأساليب تتناسب مع هذه المصادر. ويوضح الشكل رقم (٢) الأنماط المختلفة لمصادر تمويل خدمات الرعاية الصحية الشخصية وأساليب تمويلها.

الشكل رقم (٢)

مصادر تمويل خدمات الرعاية الصحية الشخصية



ومن الشكل السابق، يتضح تباين الأساليب التي يتم بها تمويل خدمات الرعاية الصحية الشخصية تبعاً لمصادر هذا التمويل. ويرجع ذلك التباين إلى تباين الجهة التي تتحمل نفقات الرعاية المقدمة للمريض. وفيما يلي عرض موجز لكل من هذه الأساليب^(١١):

١- مدفوعات المرضى المباشرة مقابل الخدمة المقدمة: تمثل نسبة كبيرة من إجمالي تمويل خدمات الرعاية الصحية الشخصية في كثير من الدول، على الرغم من أن هذه الحقيقة غير معترف بها دائماً لصعوبة إجراء عمليات مسح دورية لتقصي المدفوعات المباشرة للأفراد والأسر مقابل الخدمات الصحية التي يتلقونها.

٢- الحكومة: في هذا الأسلوب، الذي قد يطلق عليه أسلوب التمويل الحكومي، لا يدفع المريض نفقات علاجه، حيث تتحمل الحكومة هذه النفقات، وذلك من واقع إيرادات الدولة (ضرائب - رسوم مقابل خدمات - ثروات طبيعية...).

٣- أرباب العمل: يقوم بدفع النفقات في هذا الأسلوب أرباب العمل (مثل أصحاب المصانع والشركات الكبرى التي تستخدم ٥٠٠ عامل فأكثر) بدلاً من المرضى الذين يعملون فيها والذين تحتم الأنظمة ضرورة التزامهم بنفقات العاملين الصحية. وقد يتم ذلك إما بطريقة مباشرة وإما عن طريق صندوق للرعاية.

٤- جهات أخرى: توجد في العديد من الدول أساليب تمويلية أخرى لتغطية نفقات الرعاية الصحية الشخصية، وذلك عن طريق الأفراد أو الجماعات أو الجمعيات الخيرية المحلية أو الأخرى الخارجية.

ثالثاً- التأمين الصحي:

وهو من أكثر أساليب التمويل شيوعاً حيث تقوم مؤسسات حكومية أو مختلطة أو خاصة بتغطية نفقات علاج المرضى المؤمنين لديها. ومن أهم أشكاله **التأمين الصحي الإجباري** (أو ما يطلق عليه بالتأمين الاجتماعي في بعض البلدان) لذوى الدخل المنتظم ولاسيما لفئات العمال ذوى الدخل الضعيفة، و**التأمين الصحي الطوعي** الذي يدار عن طريق هيئات وجمعيات طوعية لا تسعى إلى تحقيق الربح، مثل الهلال الأحمر والجمعيات الخيرية، و**التأمين الصحي الخاص** الذي يسعى إلى تحقيق الربح.

ونظراً لأهمية هذا الأسلوب في تمويل خدمات الرعاية الصحية الشخصية فسوف نتناوله بشئ من التفصيل كما هو مُطبَّق في الولايات المتحدة الأمريكية بصفتها رائدة نظم التأمين الصحي في العالم، وذلك من حيث مفهوم التأمين الصحي وأنواعه وتفريعاته:

أ- مفهوم التأمين الصحى Health Insurance:

التأمين الصحى هو طريقة لتجميع المال للاستفادة منه فى تغطية نفقات الرعاية الصحية الشخصية لأفراد المجتمع. ويمكن تعريفه بألية إدارة الجوانب المالية للأخطار المحتملة، مثل: الرعاية فى المستشفى، أو التعرض الجسدى لأخطار حوادث السيارات من خلال المبدئين الأساسيين الآتيين^(١٢):

- نقل الخطر أو المخاطرة من الفرد إلى المجموعة.
- توزيع حصص الخسائر على أساس عادل على جميع أعضاء مجموعة المشتركين فى التأمين.

وتدل عبارة التأمين الصحى على مجموعة واسعة من آليات تمويل الرعاية الصحية - مثل التأمين الاجتماعى للرعاية الطبية والتأمين الذاتى Self Insurance الذى تتبناه مجموعة واسعة من أرباب العمل. ومن الناحية الإجرائية يمكن تعريفه بأنه عقد بين طرفين يدعى أولهما جهة التأمين والثانى طالب التأمين، ويلتزم فيه الأول بتغطية النفقات الصحية للثانى لقاء أحقيته أو اشتراكه ببوليصة أو خطة تأمين محددة.

وتعود بدايات التأمين الصحى إلى القرن الثامن عشر فى أوروبا عندما كان يهدف إلى تخفيف أعباء نفقات الرعاية الصحية عن كاهل الأسر. وكان التأمين الصحى يتركز آنذاك على عمال الصناعة ذوى الدخل الضئيلة^(١٣).

وقد ظهر فى ألمانيا عام ١٨٤٠م أول برنامج حكومى للتأمين الصحى. وكان هذا البرنامج ملزماً للعمال الذين هم دون مستوى معين من الدخل للانتساب إلى "صندوق الضمان الصحى Sick Fund". لكيلا تتأثر دخولهم بسبب المرض^(١٤).

ومع تزايد الحركة الصناعية فى أوروبا ولأسيما فى بدايات القرن التاسع عشر الميلادى انتشرت فكرة التأمين الصحى للعمال فى أغلب دول أوروبا الغربية. وقد تولى كثير منها فى منتصف القرن العشرين عن نظم التأمين الصحى وتبنى بدلاً منها نظم الرعاية الصحية الوطنية National Health Services التى عدت نوعاً من أنواع التأمين الصحى التى تتبناها الحكومات^(١٥).

ب - أنواع التأمين الصحى:

يمكن تصنيف برامج التأمين الصحية الحالية التى تطبق فى الولايات المتحدة الأمريكية فى فئتين رئيسيتين، تعكسان فى المقام الأول، الوضع الوظيفى للفرد. وهاتان الفئتان هما:

- **التأمين الصحي الطوعي أو الخاص:** وهو تأمين خاص يشير عادة إلى التوظيف الصناعي الحالي.

- **التأمين الصحي الاجتماعي وبرامج الرعاية الصحية للرفاه الاجتماعي:** التأمين الصحي الاجتماعي نمط من التأمين يعكس أحقية المشاركة في الانتساب لبرنامج تأمين حكومي له صلة بتوظيف سابق فيها. أما برامج الرعاية الصحية للرفاه الاجتماعي فهي برامج تأمين صحية تقدم للمواطنين غير المرتبطين بوظائف، أو لذوى الدخول الوظيفية الضعيفة، أو لغير القادرين على الالتحاق بوظيفة بسبب عجز أو عاهة تعوقهم عن ذلك.

ونتناول فيما يلي هذين النوعين من التأمين بشيء من التفصيل:

(١) التأمين الصحي الطوعي أو الخاص - Voluntary or Private Health Insurance

urance

يعد التأمين الصحي الخاص من أهم المصادر المنتشرة لتمويل نظام الرعاية الصحية في الولايات المتحدة. وقد قدرت إحصاءات المركز الوطني للإحصاءات الصحية - The National Center For Health Statistics إجمالي نفقات التأمين الصحي الخاص في الولايات المتحدة الأمريكية في عام ١٩٩٩ م ب (٤٥٠) بليون دولار. كما قدرت عدد الأشخاص المشتركين بوالص التأمين الصحي الخاص في العام نفسه، بنحو (٢٠٠) مليون شخص^(١٦).

ويمكن تقسيم جهات التأمين الصحي الطوعي أو الخاص في الولايات المتحدة الأمريكية إلى ثلاث فئات رئيسية هي^(١٧):

- شركات الصليب الأزرق والدرع الأزرق Blue Cross & Blue Shield.

- شركات التأمين الخاصة أو التجارية - Private or Commercial Insurance Companies.

- منظمات الحفاظ على الصحة Health Maintenance Organizations.

ويكفل أو يضمن معظم برامج التأمين الصحي الخاص في الولايات المتحدة شركات تأمين كبرى، يليها بعض مقدمى خدمات الرعاية الصحية. وفى العام ١٩٩٢ وصلت خطط الرعاية التأمينية الصحية التابعة لشركة الصليب الأزرق Blue Cross إلى (٦١) خطة. فى حين وصلت فى شركة الدرع الأزرق إلى (٦٥) خطة، (٥٣) منها مشتركة مع الصليب الأزرق.

وفى العام نفسه كان هناك نحو (٦٥٠) شركة تأمين تجارية أخرى تعمل على تقديم خطط للتأمين الصحى^(١٨).

وتجدر الإشارة إلى أنه فى العام ١٩٩٠م بلغت نسبة سكان الولايات المتحدة الأمريكية الذين تمت تغطيتهم ببرامج التأمين الصحى الخاص Private Health Insurance نحو (٧٥٪). وتشير الإحصاءات إلى أن نحو (٤٠٪) منهم لديهم برامج تأمين صحية أخرى تمثل جزءاً من امتيازات وظائفهم. ويشكل هؤلاء الموظفون بدورهم نحو (٣٨٪) من السكان الذين يعتمدون عليهم فى إطار سياسات التوظيف التى يخضعون لها. أما المسنون فإن (٧٥٪) منهم تتم تغطيتهم ببرنامج الرعاية الطبية الذى يطلق عليه اسم "المديكير Medicare"، كما أن نسبةً منهم تتم تغطيتهم ببرامج تأمين صحية خاصة^(١٩).

كما تجدر الإشارة إلى أن الأفراد ذوى الدخل الضئيلة، والقادرين على تحمل الحد الأدنى للرعاية الصحية يعدون الأقل اشتراكاً فى برامج التأمين الصحية الخاصة، وقد تعود أسباب ذلك إلى عوامل عديدة لعل أهمها البطالة المتفشية بينهم، أو عمل بعضهم على أساس الدوام الجزئى.

ومن البدائل المتاحة لهؤلاء الأفراد اشتراكهم فى برامج تأمين صحية فردية تكون الامتيازات الطبية المتاحة لأفرادها محدودة بحدود الاشتراك ببوليصة التأمين. وتشير إحصاءات المكتب الإحصائى فى الولايات المتحدة فى عام ١٩٨٨ م إلى وجود نحو (١٣٪)، أى نحو (٣١,٥) مليون شخص، من سكان الولايات الذين لا يتمتعون بأى تغطية بالتأمين الصحى سواء أكان حكومياً أم خاصاً^(٢٠).

ونعرض فيما يلى لمنافع برامج التأمين الصحى الطوعى أو الخاص ومزاياه، ولأنواع خطط التأمين الصحية التى تغطيها هذه البرامج، وللضوابط التى يجب مراعاتها لضمان الاستفادة من قطاع التأمين الصحى الخاص:

– منافع ومزايا برامج التأمين الصحى الطوعى أو الخاص:

تتفاوت تغطية التأمين الصحى الخاص تبعاً للمنافع أو المزايا المقدمة، ومدى التعويض عن الخدمات التى تتم تغطيتها، ومدى الاستثناءات أو حدود التغطية. وبلاستناد إلى بيانات المسح المتوافرة فى العام ١٩٨٦م، توضح البيانات التالية نسبة التأمين التى تمت تغطيتها من قبل جهات التأمين الصحى الخاصة فى الولايات المتحدة الأمريكية عن الخدمات التالية^(٢١):

الخدمات	% للتغطية
- الرعاية الصحية المنزلية	٢٤,٢ %
- الأسنان	٢٥,٤ %
- مرافق التمريض القائم على المهارات Skilled Nursing Facility	٤٨,٧ %
- الصحة العقلية، والعيادات الخارجية	٧١,٤ %
- طوارئ العيادات الخارجية	٨٠,٩ %
- العقاقير الموصوفة	٨١,٨ %
- زيارات عيادات الأطباء	٨٣,٣ %
- إجراءات التشخيص عن طريق العيادات الخارجية	٩٣ %
- خدمات التنويم الطبية	٩٥,٧ %
- خدمات الجراحة	٩٧ %
- خدمات التنويم بوجه عام	٩٧,٧ %

وللتأمين الصحي الطوعي أو ما يسمى في المملكة العربية السعودية بالتأمين الصحي التعاوني فوائد رئيسية لاسيما لغير السعوديين العاملين في القطاع الخاص الذين لا تشملهم الخدمات الصحية الحكومية، بالإضافة إلى العمالة المنزلية التي تشكل عبئاً على مرافق وزارة الصحة.

ويرى بعض المسؤولين في المملكة أن انتشار التأمين التعاوني الصحي سوف يحقق فوائد كثيرة للنهوض بمستوى الخدمات الصحية والحد من تكاليفها. ومن بين وجهات نظرهم في هذا الصدد ما يلي (٢٦,٢٥,٢٤,٢٣,٢٢):

- ستكون شركات التأمين رقيباً جيداً على أسعار الخدمات الصحية المقدمة من قبل منظمات الرعاية الصحية الخاصة للحد من المبالغة في تقديم الخدمات غير المبررة. كما أن تطبيق التأمين على نطاق واسع سوف يساعد على تقليل تكاليف تشغيل المرافق الصحية نتيجة الاستغلال الأمثل للموارد الموظفة فيها.

- سوف يؤدي تعدد شركات التأمين الصحي الخاصة إلى نوعٍ من المنافسة في سوق الرعاية الصحية. وهذا يؤدي بدوره إلى ارتفاع مستوى الجودة في الخدمات المقدمة مع بقاء الأسعار ملائمة، وفي متناول الجميع.

- بعث روح التضامن والتكافل بين أفراد المجتمع.

- سوف يتيح انتشار التأمين التعاونى الصحى للمنتفعين من برامج التأمين الاختيار بين مقدمى الرعاية الصحية على النحو الذى يتلاءم مع مواقعهم الجغرافية.
- زيادة الموارد المالية الموظفة فى قطاع الرعاية الصحية.
- ترشيد استخدام الموارد الصحية لاسيما تجنب استخدام الأيدى العاملة الصحية غير الضرورية.
- تجنب طالب التأمين النكبات المالية الكبيرة أو المفاجئة فى حال تعرضه لحادث أو مرض يتطلب التزامات مالية كبيرة.
- استخدام التأمين من قبل أرباب العمل وسيلة لجذب القوى العاملة الصحية المتميزة والاحتفاظ بها.
- توفير موارد مالية ضخمة يمكن لشركات التأمين استثمارها فى القطاع الصحى من خلال تمويلها لبناء مرافق صحية، وشراء أجهزة طبية باهظة التكاليف، وتقديم رواتب وأجور عالية لاستقطاب القوى العاملة المتميزة على الرغم من المحاذير التى ينطوى عليها هذا، مثل ارتفاع أسعار تكاليف خدمات الرعاية مما يؤدى إلى زيادة فى أقساط التأمين.
- وعلى الرغم من فوائد التأمين الصحى الآنفة الذكر، فإن بعض المسؤولين فى المملكة يرون أنه قد يكتنف تطبيقه على نطاق واسع بعض المثالب منها:
- أن شريحة كبيرة من أفراد المجتمع قد لا يشملها نظام التأمين الصحى التعاونى لاسيما ذوو الدخل الضعيف، مما يحرمها من الاستفادة من الموارد الصحية المتاحة.
- أنه يدر على شركات التأمين أرباحاً طائلة نتيجة لاشتراك عدد كبير من الأصحاء فى المجتمع، وعدم تأمينه على كثير من الأمراض والمشكلات الصحية التى يمكن أن تترتب عليها التزامات مالية كبيرة، أو ربما كان بعضها لا يدفع أى تعويضات إلا بعد أن تتجاوز تكلفة العلاج مبلغاً معيناً. ناهيك عن اشتراط بعض شركات التأمين الصحى إجراء فحوص طبية للمتقدمين من طالبى التأمين قبل توقيع العقد، وذلك لاستبعاد من يُحتمل أن يكلفها كثيراً.
- أنواع خطط التأمين الصحية التى تغطيها برامج التأمين الصحى الطوعى أو الخاص:

تندرج خطط التأمين الصحية التى تغطيها برامج التأمين الصحى الطوعى أو الخاص فى أربعة أنواع هى: خطط التأمين الأساسية، وخطط التأمين الطبى الرئيسية، وخطط

التأمين الشامل، وخطط الدفع المسبق مقابل الرعاية الصحية. وفيما يلي عرض موجز لكل منها (٢٨،٢٧):

– خطط التأمين الأساسية Basic Insurance Plans:

هي خطط تم تصميمها لتقديم حماية محدودة لأهم الخدمات الغالية تغطي في العادة خدمات الاستشفاء وخدمات الأطباء وخدمات العيادات الخارجية بما فيها إجراءات المختبر.

– خطط التأمين الطبي الرئيسية Major Medical Insurance:

من أهم خطط هذا النمط من التأمين التي تغطيها برامج التأمين الطوعي أو الخاص زيارات عيادات الأطباء، وخدمات العيادات الخارجية، وصرف الأدوية الموصوفة من قبل الأطباء، والأجهزة التعويضية والأطراف الاصطناعية، والخدمات الإسعافية. إذاً، هذا النوع من التأمين تم تصميمه لتجنب الفواتير الطبية الكبيرة، إضافة إلى التكاليف أو المصروفات العديدة المقترنة أو المرتبطة بالأنواع النمطية للرعاية الطبية.

– خطط التأمين الشامل Comprehensive:

هي خطط تجمع بين خصائص كل من خطط التأمين الأساسية، وخطط التأمين الطبي الرئيسية، إلا أنها تضم إليها الاقتطاعات والتقديمات الأخرى الإضافية التي كانت تقدم نظير مقابل مادي لها إضافة إلى التأمين. ومن أشهر خطط التأمين الشامل في الولايات المتحدة الأمريكية " خطط الثغرة الطبية المسماة بالمديكاب " Medigap للتعويض عن مجرد الاقتطاعات والتأمين المشترك المرتبط بخدمات الرعاية الطبية المغطاة.

– خطط الدفع المسبق للرعاية الصحية Prepaid Plans:

تقدم خطط منظمات الحفاظ على الصحة - Health Maintenance Organizations HMOs والخطط المشابهة الأخرى، تغطية شاملة وجيدة لنفقات الرعاية الصحية مقابل رسم أو أجر يدفع بشكل مسبق Prepaid Fee، ويكون عادة بدون أى اقتطاعات أو تأمينات مشتركة من أجل معظم خدمات الرعاية الصحية. وبالتالي يوفر هذا النمط من التأمين تغطية للنفقات الكبيرة للرعاية الصحية. ويعد هذا النمط من التأمين أيضاً من الخطط الآخذة في التنامي المطرد في سوق التأمين الصحي الخاص.

هذا، وتتاح للمستفيدين المنضمين إلى تلك المنظمات حرية اختيار الأطباء الذين يريدونهم من داخل المنظمات فقط، أما إذا أرادوا اختيار طبيب من خارجها، فيتم ذلك بناء على موافقة أطباء المنظمة بعد تسديد قيمة مالية أكبر. وبذلك تسهم تلك المنظمات في احتواء تكاليف التدابير العلاجية غير الضرورية. كما أنها تدفع العديد من الأطباء خارج النظام التأميني إلى الانضمام إليه^(٢٩).

وقد بلغ عدد منظمات الحفاظ على الصحة في الولايات المتحدة الأمريكية في العام ١٩٩٣م نحو (٥٩٠) منظمة مقارنة بنحو (٥٠) منظمة في العام ١٩٧٣م. وقد تعود الأسباب الرئيسية لهذا التزايد إلى أن هذه المنظمات تشجع على الوقاية من الأمراض، وتعمل على احتواء تكاليف الرعاية، حيث يحفز الأطباء العاملين فيها إلى الاقتصاد في استخدام خدمات الرعاية الطبية من المستوى الثانى Secondary Care لاسيما خدمات الاستشفاء.

– الضوابط الواجب مراعاتها لضمان الاستفادة من قطاع التأمين الصحى الخاص:

من أهم الاعتبارات التى ينبغى مراعاتها للاستفادة من نظام التأمين الصحى الخاص^(٣٠):

- وضع ضوابط للممارسات فى جهات التأمين الصحى.
- إحداث تسهيلات لمد نطاق التأمين إلى غير المؤمن عليهم.
- ضمان التجديد التلقائى للتأمين.
- وضع سقف لنسبة الزيادات على التأمين الصحى.
- إيجاد نظام تأمينى مقبول التكاليف لتغطية الأفراد المعرضين للأخطار.
- حث شركات التأمين على الاندماج لتأمين استثمارات كبيرة فى حقل الرعاية الصحية لاسيما فى مجال توسيع نطاق شبكة الخدمات المقدمة ولوضع قيود على دخول شركات التأمين الضعيفة.
- الاندماج الأكبر بين شركات التأمين الصحى مع إبقاء حرية الفرد فى الاختيار بين الشركات المتاحة.
- الاستمرار فى التمويل الذاتى للرعاية المقدمة.

(٢) التأمين الصحى الاجتماعى وبرامج الرعاية الصحية للرفاه الاجتماعى:

ترعى حكومة الولايات المتحدة الأمريكية عدداً من البرامج الاجتماعية للتأمين الصحى، من أهمها: برنامج تعويض العمال عن إصابات العمل، وبرنامج الرعاية الطبية للمسنين والمعوقين والفئات الخاصة الأخرى المسمى بـ "المديكير Medicare"، وبرنامج المساعدة الطبية للفقراء المسمى بـ "المديكيد Medicaid". وفيما يلى عرض موجز لكل من هذه البرامج (٣٢،٣١):

– **برنامج تعويض العمال عن إصابات العمل:** يهدف هذا البرنامج إلى تقديم تعويض مالى عن الإعاقة الناجمة عن إصابة العمل. كما أنه يعمل على تغطية نفقات الرعاية الطبية لجميع الإصابات الناجمة عن العمل.

– **برنامج "المديكير Medicare":** يعد البرنامج الرئيسى للتأمين الصحى الاجتماعى فى الولايات المتحدة الأمريكية. ويستهدف تقديم خدمات متنوعة فى المستشفى، وخدمات الأطباء، والعديد من الخدمات الطبية الأخرى. وتتنحصر أحقية العلاج فيه للمسنين (من ٦٥ سنة فأكثر)، والأشخاص المعوقين الذين لهم أحقية الاستفادة من مزايا الضمان الاجتماعى، وضحايا مرضى الفشل الكلوى.

وقد أصبح برنامج "مديكير" فى ٣٠ من يوليو (تموز) من عام ١٩٦٥م نقطة الدخول الأولى للحكومة الفيدرالية فى تقديم التأمين الصحى الاجتماعى عوضاً عن برنامجها السابق الذى كان محصوراً فى تقديم المساعدة الطبية للمسنين فقط.

وتجدر الإشارة إلى أن الجزء أ فقط من "المديكير Medicare Part A" المعنى بتأمين الاستشفاء Hospital Insurance هو الذى يتم تمويله بأكمله من قبل صندوق التمويل الخاص بالتأمين الصحى الاجتماعى. أما الجزء ب من "المديكير Medicare Part B" – الذى يسمى بالتأمين الطبى التكميلى أو الإضافة Supplementary Medical Insurance – فيمول من قبل الخزنة العامة بنسبة (٧٢٪). ويمكن تأمين باقى النسبة (٢٨٪) من برامج التأمين الصحى الطوعى أو الخاص الذى سبقت الإشارة إليه.

ومن الجدير بالذكر، أن الجزء أ من برنامج "مديكير" الخاص بتأمين الاستشفاء يحقق المزايا الأربعة التالية للمستفيدين منه:

- تقديم رعاية استشفائية مدتها (٩٠) يوماً.
- الإبقاء على حياة المريض مدة (٦٠) يوماً إضافية بعد انقضاء مدة التسعين يوماً.

- تقديم (١٠٠) يوم نقاهة فى أحد مرافق التمريض المتخصصة تكون تالية لأى حالة استشفائية.

- تأدية الزيارات الصحية المنزلية.

أما التأمين الطبى التكميلى أو الإضافى Supplementary Medical Insurance، أى الجزء ب من "برنامج المديكير Medicare Part B"، فقد تم تصميمه ليتمم أو يسد ثغرات برنامج تأمين المستشفى Hospital Insurance. إذ يسد مدفوعات الأطباء، والخدمات والتجهيزات التى يصفها أو يأمر بها الأطباء للمرضى، وخدمات العيادات الخارجية، والزيارات للعيادات الصحية الريفية، والزيارات الصحية المنزلية لغير المشمولين بالجزء أ من برنامج مديكير Medicare.

وعلى المستفيد من برنامج التأمين الطبى التكميلى أن يقبل بحسم (١٠٠) دولار كل سنة (حالياً) بالإضافة إلى دفع قسط شهرى مقداره (حالياً) نحو (٣٢) دولاراً. ولا يشمل التأمين الطبى التكميلى تغطية مصروفات أدوية العيادات الخارجية ورعاية الأسنان والفحوص الروتينية للعين، وتركيب النظارات، والخدمات الوقائية. أما الاستفادة من التكية Hospice المخصصة للحالات الميؤوس منها أو المنتهية فهى مشمولة ببرنامج التأمين الطبى التكميلى أو الإضافى.

أما مايتعلق بتعويض مقدمى خدمات الرعاية الصحية عن تكاليف علاجهم للمرضى الداخلين فى برنامج " المديكير "، فقد اعتمدت إدارة البرنامج نظام الدفع المنظورى Prospective Payment System، وذلك باستخدام مجموعات أو فئات التشخيص التى تجمع بينها حالات تشخيص متقاربة أو وثيقة الصلة فيما بينها Diagnosis - Related Groups (s) بهدف تصنيف الحالات من أجل الدفع. هذا، وينبغى لجميع مقدمى الخدمة أن يتقدموا بفواتيرهم مباشرة إلى برنامج المديكير ليتمكنوا من تلقى التعويض عنها.

- برنامج " المديكير Medicaid ":

ترعى الحكومة الفيدرالية، وحكومات الولايات، والحكومات المحلية، عدداً من برامج المساعدة الحكومية للرفاه الاجتماعى Public Assistance of Welfare Medicine. ومن أهم هذه البرامج برنامج "مديكير Medicaid" الذى يمثل نوعاً من المدفوعات التى تنتقل إلى الفقراء لتأمين الرفاه الاجتماعى لهم. ويدار هذا البرنامج على المستوى

الفيدرالى من قِبَل " إدارة تمويل الرعاية الصحية - Health Care Financing Administration - HCFA. وهى فرع من وزارة الصحة والخدمات الإنسانية فى الولايات المتحدة الأمريكية. ويُمَوِّل هذا البرنامج من قبل الخزانة العامة للحكومة الفيدرالية - Gen-eral Treasury بنسبة (٥٥٪)، أما النسبة المتبقية (٤٥٪) فهى تمول من قبل خزانات حكومات الولايات.

وتنحصر أحقية الاستفادة من هذا البرنامج فى الفئات أو المجموعات الخاصة من الأفراد ذوى الدخل المنخفضة وأسره.

ومن الخدمات الأساسية التى يقدمها برنامج " الميديكيد " للمستفيدين منه ما يلى:

- الرعاية الداخلية فى المستشفى.
 - خدمات المستشفى الخارجية.
 - خدمات المختبر والأشعة.
 - خدمات مرافق التمريض ذات المهارات Skilled Nursing Facilities لمن يبلغ عمرهم (٢١) سنة فأكثر.
 - خدمات الصحة المنزلية لأولئك الذين لهم أحقية الاستفادة من خدمات مرافق التمريض ذات المهارات.
 - خدمات الأطباء.
 - خدمات تنظيم الأسرة والإمدادات.
 - خدمات العيادة الصحية الريفية.
 - التشخيص المبكر والدورى والعلاج للأطفال ولن هم دون سن (٢١) سنة.
 - خدمات القابلة الممرضة.
- هذا، وللولايات أن تحدد نطاق الخدمات المقدمة مثل عدد أيام الإقامة أو عدد الزيارات التى يمكن أن يقوم بها الطبيب مع كونها مغطاة بالتأمين فى إطار هذا البرنامج، وتقديم الخدمات الاختيارية الأخرى. ومن أهم الخدمات الاختيارية الأكثر شيوعاً:
- خدمات العيادات.
 - خدمات النقاهاة Intermediate Care Facility Services للمسنين، والمكفوفين، والمعوقين، والمتخلفين عقلياً.

- خدمات الأخصائيين البصريين وتركيب النظارات.
- وصف الأدوية.
- الأطراف الصناعية والأجهزة التعويضية.
- رعاية الأسنان.

وتجدر الإشارة إلى أن تعويض مقدمى الخدمة عن المرضى المشمولين ببرنامج المديكير Medicaid يتم عن طريق الدفع مباشرة لهم نظير فواتير العلاج التى يتقدمون بها.

رابعاً- عوامل ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية ووسائل السيطرة عليها:

وعلى أثر تطبيق بعض نظم التأمين الصحى الحكومية مثل برنامج الرعاية الطبية للمسنين والمعوقين والفئات الخاصة الأخرى المسمى "بالمديكير Medicare" وبرنامج المساعدة الطبية للفقراء المسمى "بالمديكير Medicaid" حصل تضخم أو غلاء غير مسبوق فى الرعاية الصحية. وقد عزا "كورنيك وزملاؤه Gornick et al" العوامل التى أدت إلى ذلك إلى ما يلى (٢٤،٢٣):

- ارتفاع مستويات أجور ورواتب العاملين وأسعار خدمات قطاع الرعاية الصحية.
 - تزايد الطلب على عدد الخدمات المعتادة مثل فحوص المختبر والأشعة.
 - تنامي تقنيات طبية جديدة كثيراً ما تكون باهظة التكاليف مثل منظومة الأجهزة الطبية المستخدمة فى مراقبة حالات المرضى والأجهزة المصاحبة لإجراءات عمليات القلب المفتوح.
 - نمو وحدات العناية المركزة فى المستشفيات وتزايد أعداد الموظفين المدربين على أعمالها.
 - تنامي أعداد المرافق الخاصة بالرعاية الطويلة الأمد.
- ومما زاد من تكاليف الرعاية، أيضاً، تزايد الطلب على خدمات الرعاية الصحية الأكثر تكلفة نتيجة لوجود برامج " المديكير والمديكير " والدفع عن طريق الطرف الثالث، واستجابة مقدمى الرعاية الصحية لطرق التعويض Reimbursement Methods التى تقدم حوافز مالية لزيادة الإنفاق على الرعاية الصحية.

ومن أهم برامج احتواء تكاليف الرعاية الصحية ما يلي^(٣٦،٣٥):

- رسم حدود معقولة لتكاليف الرعاية في المستشفيات.
- البدء في عمل شبكات للتخطيط الصحى على المستوى الوطنى والمستويات المحلية فى إجراءات موازية لإجراءات إثبات الحاجة إلى خدمات جديدة فى المستشفيات وبيوتات التمريض Certificate of Need، وذلك عند البحث فى إدخال خدمة جديدة أو أجهزة جديدة أو توسعة خدمة قائمة.
- الالتزام ببرنامج المقياس المهنية لمراجعة الرعاية مثل برنامج الحكومة الفيدرالية لمراجعة الاستخدام المسمى Professional Standards Review Organization؛ وذلك بهدف التقليل من عدد أيام الإقامة غير الضرورية لأولئك المرضى الذين يتم تمويل رعايتهم من قبل الحكومة الفيدرالية.
- تشجيع نمو منظمات الحفاظ على الصحة على تعزيز استخدام الخدمات الوقائية وتقليل استخدام خدمات الرعاية الداخلية فى المستشفيات.
- وضع شروط من أجل أسواق تنافسية للرعاية الصحية يمكن من خلالها احتواء تكاليف الرعاية الصحية الآخذة فى الارتفاع.
- إزالة القيود على إعلانات مقدمى خدمات الرعاية الصحية بهدف تشجيع المنافسة بينهم لخفض أسعار الخدمات المقدمة.

وتجدر الإشارة إلى أن قانون المساواة الضريبية والمسؤولية المالية The Tax Equity and Fiscal Responsibility Act and المسمى "قانون تيفرا TEFRA" - الذى صدر فى ٣٠ من سبتمبر عام ١٩٨٢م - أسهم فى الحد من تكاليف الرعاية فى المستشفيات، وذلك بوضع حدود لتعويض الدفع حسب حالة المرضى المستفيدين من برنامج الرعاية الطبية المسمى بالمدكير Medicare، كما أسهم فى الحد من معدل التكاليف السنوية لحالات الخروج^(٣٧).

وتجدر الإشارة أيضاً إلى أنه بهدف الحد من معدل نمو التكاليف التشغيلية الخاصة بالتعويض عن المرضى المشمولين ببرنامج الرعاية الطبية "المدكير" قامت إدارة تمويل الرعاية الطبية HCFA بوضع سقف للحد من تكاليف الرعاية الطبية وأسمته "سقف المعدل المستهدف Target Rate Ceiling". وقد كان الهدف من وراء وضع هذا المعدل لسقف التكلفة أو التعويض المالى عن الرعاية المقدمة هو تقليل معدل تنامى التكاليف التشغيلية الخاصة بالتعويض عن المرضى المشمولين ببرنامج الرعاية الطبية "المدكير"^(٣٨).

والواقع إن التعويض حسب قانون تيفرا يعطى المستشفيات إعانات للمستشفيات التي تكون فيها تكلفة علاج الحالة أقل من معدل السقف. بحيث تكون نسبة الإعانة (٥٠٪) فقط من الفرق. وعلى ضوء هذه الطريقة يقدم قانون تيفرا نظاماً لحفز المستشفيات إلى تخفيض تكاليف حالات خروج المرضى المشمولين ببرنامج المديكير بدلاً من الزيادات التي كانت تحدث عاماً بعد آخر.

خامساً- المنظمات المفضلة لتقديم الخدمة Preferred Provider Organizations:

تعد هذه المنظمات من المنظمات الناشئة في حقل التأمين الصحى الخاص التي تسهم في احتواء تكاليف الرعاية الصحية. ففي عام ١٩٨٦ زادت نسبة المسجلين في هذه المنظمات إلى أن وصلت إلى نحو (٦,٢) مليون نسمة، وبنسبة (٢٨٪) من مرضى الولايات المتحدة المتعاقدين مع الأطباء التابعين لهذه المنظمات. ووصل عدد هذه المنظمات في عام ١٩٨٩ إلى (٦٨٥) منظمة في أمريكا^(٣٩).

وتقوم المنظمة المفضلة لتقديم الخدمة بعملها من خلال عمل ترتيب أو عقد بينها وبين مجموعة من مقدمى الرعاية الصحية. ويوافق مقدمو الرعاية الصحية على تقديم الخدمات لمجموعة محدودة من المرضى على أساس خصومات على الأجر مقابل الخدمة. وترعى العديد من خطط المنظمات المفضلة لتقديم الخدمة شركات التأمين الصحى، أو أرباب العمل الذين يمارسون التأمين المباشر معها^(٤٠، ٤١).

وبصفة عامة يتوافر لدى المنظمات المفضلة لتقديم الخدمة خمسة عناصر رئيسية هي^(٤٢، ٤٣):

- عدد محدود من الأطباء والمستشفيات.
- جداول أو قوائم للأجور أو الأسعار يتم التفاوض بشأنها.
- مراجعة للاستخدام Utilization Review.
- إعطاء العميل حرية اختيار مقدم الخدمة مع إعطاء حوافز لاختيار مقدمى الخدمة المشاركين مع المنظمات المفضلة لتقديم الخدمة.
- الوصول إلى تسويات أو ترتيبات ملائمة أو مناسبة لجميع الادعاءات أو المطالبات.
- وتعد مراجعة الاستخدام الآلية الرئيسية المستخدمة من قبل المنظمات المفضلة لتقديم الخدمة بهدف السيطرة على التكاليف من خلال الحد من الاستخدام غير الملائم للخدمات.

وتشمل مراجعة الاستخدام الطرق التالية:

- التثبت من شهادة ما قبل الدخول Preadmission Certification التي تشير إلى عدد أيام الإقامة.

- التثبت من الالتزام بالحصول على رأى ثانٍ فى حالات العمليات الجراحية.

ومن الآليات الأخرى المستخدمة من قبل المنظمات المفضلة لتقديم الخدمة للرقابة أو السيطرة على التكاليف، التعاقد مع مقدمى خدمة ذوى تكلفة منخفضة، وإيجاد نوع من نظام التعويض يمكن من خلاله تحقيق أشكال من الوفرة المالى من خلال حسومات يقدمها مقدم الخدمة على أسعار خدماته وإجراءاته المختلفة أو من خلال تقديم حوافز للاستخدام القليل. وتتراوح نسبة الحسومات عادة بين (١٠) و (١٣٪) على أجور الخدمات والإجراءات. وفى العادة يقوم المؤمنون Insurers بالإبلاغ عن العروض التي تقل بنسبة (١٠) إلى (٢٠ ٪) عن مستوى أسعار خطط التأمين^(٤٤ ، ٤٥).

سادساً- تعويض الطبيب عن الخدمة المقدمة Physician Reimbursement:

لا يوجد فى الحقيقة نظام مثالى لتعويض الطبيب عن الخدمات التي يقدمها للمرضى. ولكن خطط التأمين الصحى Health Insurance Plans تستخدم بصفة عامة، وسواء أكانت حكومية أم خاصة، أحد الأساليب الثلاثة التالية لتعويض الطبيب عن الخدمة التي يقدمها للمريض^(٤٦، ٤٧):

- تلقى الطبيب أجره مباشرة من المريض نظير الخدمة التي يقدمها له Fee For Service.

- استلام الطبيب دفعة مقدمة سلفاً Prepayment تغطى فترة علاج مريضه مدة محددة كثيراً ما تكون سنة.

- إعطاء الطبيب راتباً شهرياً.

وتجدر الإشارة إلى أن تلقى الأجر نظير الخدمة هو الأسلوب المنتشر على نطاق واسع فى العديد من دول العالم من أجل الدفع للطبيب. ويفضل الطبيب هذا الأسلوب على الأسلوبين السابقين، لتلقى الأجر سواء عن الكشف أو عن القيام بإجراء طبي.

سابعاً - إصلاح نظام تمويل الرعاية الصحية:

ثمة عدد من القضايا المتصلة بإصلاح نظام تمويل الرعاية الصحية من أهمها قضية التأمين الصحى الوطنى، وقضية الفئات غير المؤمنة صحياً، وإستراتيجيات إصلاح نظم التأمين الصحى الحالية، وقضية إجراء المقارنات الدولية لتحقيق وصول السكان على نحو شامل إلى الرعاية الصحية، وسد الفجوة بين الموارد المالية الحالية وتلك الموارد المطلوبة لتطوير خدمات الرعاية الصحية. وفيما يلى عرض موجز لكل من هذه القضايا (٥١،٥٠،٤٩،٤٨):

أ - التأمين الصحى الوطنى National Health Insurance:

لقى التأمين الصحى الوطنى المناصرة من قبل العديد من الجهات، منذ أكثر من (٦٠) عاماً، بسبب احتوائه لتكاليف الرعاية الصحية وقدرته على تمكين السكان من وصول عام وشامل إلى خدمات الرعاية الصحية.

وفى أمريكا حدثت مطالبات ملحة من قبل العديد من السياسيين بالتحوّل نحو تأمين صحى وطنى على غرار النمط الموجود فى السويد والمملكة المتحدة حيث تملك الحكومة المستشفيات ويكون تعويض الأطباء على أساس الدفع تبعاً لعدد الأفراد الذين يعالجهم الطبيب الواحد Capitation، أو على أساس الرواتب التى يتم دفعها للأطباء من قبل نظام التأمين الصحى الوطنى.

ومن أهم الإصلاحات التى جرت على الرعاية الصحية تلك التى بدأت مع إدارة كل من "رونالد ريغان" فى الثمانينيات و "جورج بوش" فى أوائل التسعينيات حيث كانت الإدارتان ناشطتين فى وضع معايير لاحتواء التكاليف الخاصة ببرنامج الرعاية الطبية المسمى بالمديكير مثل نظام الدفع المستقبلى - The Prospective Payment System PPS، ومعايير القيم النسبية المرتكزة على الموارد Resource - Based Relative Value RBRVs، إلا أن كلتا الإدارتين لم تفكر فى توسيع نطاق هذه الإصلاحات بحيث تشمل باقى نظام الرعاية الصحية.

وقد أضحى إصلاح الرعاية الصحية القضية الرئيسية فى التسعينيات. وكان يدور حوله الحديث الذى طاف به المرشحون السياسيون لاجتذاب أصوات الناخبين. وقد جاءت الضغوط من أجل هذه الإصلاحات من قبل مجموعة واسعة من الفئات تشمل مقدّمى الرعاية، والمسنين والمعوقين، واتحادات العمل، وحكومات الولايات، والحكومات المحلية،

والمطلعين على بواطن الأمور ومواطنها داخل الإدارة الأمريكية. بل كان المؤمنون الصحيون ومنظمات الإدارة الصحية يدعون إلى التغيير.

ومن أهم أسباب السخط أو الاستياء الرئيسية على الرعاية الصحية في أمريكا:

- تزايد أعداد غير المؤمنين صحياً، وأعداد أولئك الذين يكون تأمينهم دون المستوى المطلوب بما ينطوي عليه ذلك من أعباء مالية ينوون بها.

- الارتفاع المستمر في تكاليف الرعاية الصحية، وهو الذي أفقد أمريكا قدرتها التنافسية في السوق العالمي للرعاية الصحية.

ب - الفئات غير المؤمنة صحياً The Uninsured:

ثمة نحو (١٣٪) من سكان الولايات المتحدة الأمريكية، كما أشرنا آنفاً، غير مؤمن عليهم صحياً حسب إحصاءات عام ١٩٨٨م، أي نحو (٣١,٥) مليون نسمة. كما أن نصفهم تقريباً لا تتوافر لهم أية تغطية من أى نوع على مدار العام. وتعد غالبية غير المؤمنين صحياً من الفقراء أو من القريبين من مستوى خط الفقر.

ج - إستراتيجيات إصلاح نظم التأمين الصحي الحالية Strategies For Reform:

تتجه معظم الإستراتيجيات المرسومة في الولايات المتحدة الأمريكية نحو إجراء مراجعة لنظام التأمين الصحي الخاص الذي تتم إدارته حالياً والذي يغطي تأمين أرباب العمل لموظفيهم بحيث يُعدّل أو يُكَمّل هذا النمط من التأمين بشكل من الأشكال بتمويل حكومي ليشمل غير الموظفين وأسرهم. وقد عملت بعض الإستراتيجيات على إيصال كل السكان للرعاية الصحية، وتوفير الضمان الصحي لجميع الموظفين. ومن الجدير بالذكر، أنه لم يجر اقتراح أى خطة للوصول إلى نموذج وطني لتقديم الخدمات الصحية الحكومية بحيث تملك الحكومة المرافق وتوظف الأطباء توظيفاً مباشراً.

د - المقارنات الدولية International Comparisons:

ينصبُّ أغلب اهتمامات الباحثين عند إجراء المقارنات الدولية بين نظم الرعاية الصحية نحو النظام الصحي في كل من كندا وألمانيا، على الرغم مما قد يشوب هذين النظامين من خلل أو عيب، ولكن كلاً منهما حقق الوصول الشامل لكل السكان إلى الرعاية الصحية.

ويُمَوِّل النظام الصحي الكندي بالتساوي من قبل الحكومة الفيدرالية وحكومات المقاطعات أو المحافظات Provinces.

أما النظام الصحي الألماني فيعتمد فى المقام الأول على التأمين الصحى الاجتماعى المرتبط بالعمل أو بالتوظيف، والذي يُستكمل بالتمويل الحكومى لتغطية غير العاملين وأسرهـم .

ومن الجدير بالذكر، أن أغلب مقدمى الخدمة فى كلا النظامين الصحيين تابعون للقطاع الخاص.

وخلافاً لنظامى التأمين الصحيين الوطنيين فى كل من كندا وألمانيا، هناك حركة متنامية فى أوروبا نحو تأييد نموذج الخدمة الصحية الوطنية كما هى مطبقة فى المملكة المتحدة.

وهناك من بين الاثنى عشرة دولة فى المجموعة الأوروبية، ست منها لديها نموذج نظام الخدمة الصحية الوطنية. وهذه الدول هى المملكة المتحدة، والدانمرك، وأسبانيا، وإيطاليا، واليونان، والبرتغال. أما فرنسا، وألمانيا، وبلجيكا، ولوكسمبورغ، وإيرلندا، وهولندا فقد بقيت بدون نظام شامل للخدمة الصحية الوطنية.

ومن الملاحظ فى دول أوروبا الغربية اهتمامها بتنظيم الرعاية الصحية ووضع التنظيمات المتعلقة بضوابط تقديمها.

هـ - سد الفجوة بين الموارد المالية الحالية والموارد المطلوبة لتطوير خدمات الرعاية الصحية:

يمكن تأمين الموارد المالية الإضافية لسد تلك الفجوة من خلال وسائل وطرائق كثيرة لعل أهمها:

- تحسين كفاءة استخدام أسرة المستشفيات المتاحة من خلال تحسين معدلات شغل السرير وتقليل مدة بقاء المريض غير المبررة، وتشجيع عمليات جراحات اليوم الواحد.
- معالجة مشكلات التنسيق بين الخدمات الصحية التى تقدمها وزارة الصحة والخدمات التى تقدمها الأجهزة الحكومية الأخرى والقطاع الخاص لرفع مستوى الاستفادة من الجهود المبذولة والأموال الموظفة، وتحقيق الاستفادة المثلى من المرافق الموجودة، لاسيما فى مجال الحد من ازدواجية تقديم بعض الخدمات التخصصية التى يتطلب تقديمها تكاليف مرتفعة، والتى تنشأ دون مبرر فعلى لها، نتيجة قيام كل جهة من الأطراف الثلاثة بتقديمها للمستفيدين منها.

- رفع مستوى المهارة فى شراء الأدوية والمستحضرات الصيدلانية والمستهلكات الطبية وترشيد استخدامها، والرقابة على نفاد مدة صلاحيتها.
- فرض رسوم رمزية على بعض خدمات الرعاية الصحية الحكومية أو زيادتها مثل الرسوم على خدمات الممارسين العامين وبعض فحوص المختبرات والأشعة والأدوية؛ وذلك من أجل ترشيد استخدام تلك الخدمات المتاحة.
- تعميم السجل الطبى الموحد فى مرافق وزارة الصحة والجهات الحكومية الأخرى المعنية بتقديم بعض الخدمات الصحية للقضاء على ظاهرة تردد المواطنين على أكثر من مركز أو مرفق صحى للشكوى أو الشكاوى ذاتها التى يعانون منها، وتفعيل نظام الإحالة بين جميع مستويات الخدمات الصحية الحكومية للارتقاء بمستوى الخدمات المقدمة.
- استخدام الأجهزة الطبية الفعالة القليلة التكاليف والعمل على صيانتها والتأكد من توافر قطع الغيار اللازم لها محلياً من أجل إطالة عمرها الافتراضى.
- وفى ضوء ما سبق يمكن أن يقال إن أكثر واضعى السياسات الصحية يتفقون على ضرورة إتاحة الخدمات الصحية لجميع السكان، إلا أنهم لا يتفقون أبداً على طرق تمويل نظم التأمين، وتعويض مقدمى الخدمة، وطرق السيطرة على التكاليف.

هوامش الفصل الثامن

- 1- Steven Gliberman and Aidan Vining , " A Policy Perspective on Mixed Health Care Financial Systems of Business and Economics " , **The Journal of Risk and Insurance** , Vol.65, No.1, 1998 , p.59.
- 2- Alma Koch , " Financing Health Services " , **Introduction to Health Services** , 4th ed. , Edited by Stephen Williams and Paul Torrens (Albany , New York: Delmar Publishers Inc., 1993), p.299.
- 3- أ. ب. ماخ و ب. أبل سميث، مالية القطاع الصحي: دليل للبلدان النامية، منظمة الصحة العالمية (الأسكندرية: المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط، ١٩٨٩)، ص ٣٤.
- 4- Steven Gliberman and Aidan Vining , **op.cit.** , p.68.
- 5- التقرير الصحي السنوي ١٤١٨هـ، وزارة الصحة في المملكة العربية السعودية، ص ٧٧.
- 6- Alma Koch , " Financing Health Services " , **op.cit.** , p.300.
- 7- زهير السباعي، "اقتصاديات الصحة: نظرة عملية"، **صحة الخليج**، العدد ٣٩، ربيع الأول ١٤٢٠ / يوليو ١٩٩٩، ص ٢٠.
- 8- Alma Koch , **ibid.** , p.301.
- 9- Eli Ginzberg and Marian Ostow , Organization and Financing of Medical Care Resources " , **Medical Care Journal** , Vol.23 , No.5 , May 1985 , p.421.
- 10- Steven Gliberman and Aidan Vining , **op.cit.** , pp.77-78.
- 11- لمزيد من التفصيل حول هذه الأساليب، راجع كتيب:
مالية القطاع الصحي: دليل للبلدان النامية، مصدر سابق ورد ذكره.
- 12- Alma Koch , " Financing Health Services " , **op.cit.** , p.302.
- 13- **Ibid.** , p.302.
- 14- **Ibid.** , p.302.
- 15- مسفر الدوسري، " التأمين الصحي "، **مجلة الأموال**، السنة الأولى، العدد الثاني (جدة: شركة الاتصالات الدولية، يناير / مارس ١٩٩٧)، ص ٧٨.
- 16- HCFA, " The Next Decade of Health Care Spending " , National Health Care Expenditures Project Team , National Statistics Group , Office of Actuary for the U.S., **Health Industry Today** , Via Internet, October 1999.

- Alma Koch , " Financing Health Services " , **op.cit.** ,p.305. -١٧
- Ibid.**,p.305. -١٨
- Ibid.**,p.306. -١٩
- Ibid.**,p.306. -٢٠
- Ibid.**,p.307. -٢١
- ٢٢- عبد الرحمن السويلم، " أنماط التأمين الصحي وإمكانية تطبيقه في دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية "، **مجلة الجوبة**، شوال ١٤١٥هـ، ص ص ٢٢ - ٢٧.
- ٢٣- عثمان الربيعه وآخرون، " التأمين الصحي "، **مجلة الثقافة الصحية**، المجلد السادس، العدد ٣٥ (الرياض: مستشفى قوى الأمن، الإدارة العامة للخدمات الطبية بوزارة الداخلية، رمضان ١٤١٧)، ص ص ٧٦-٨٦.
- ٢٤- مسفر الدوسري، " التأمين الصحي "، **مصدر سابق**، ص ص ٧٦-٨١.
- ٢٥- متابعات، " مشروع لنظام التأمين الصحي على منسوبي القطاع الخاص "، **تجارة الرياض**، العدد ٢٨٣، صفر ١٤١٥، ص ص ٣٤-٣٥.
- ٢٦- نائل العواملة، " القطاع الصحي: منظور نظمي للترشيد "، **مجلة الإداري**، السنة التاسعة، العدد ٢٨ (مسقط: معهد الإدارة العامة، مارس ١٩٨٧)، ص ص ٨٦-٨٧.
- ٢٧- عبد الرحمن السويلم، **مصدر سابق ورد ذكره**، ص ص ١٥ - ١٩.
- Alma Koch , " Financing Health Services " , **op.cit.** ,pp.306-308. -٢٨
- ٢٩- علاء غنام، " الطب معضلة أمريكية "، **العربي**، العدد ٤٢٢، يناير ١٩٩٤، ص ١٤٥.
- ٣٠- Gary Whitted , " Private Health Insurance and Employee Benefits " , **Introduction to Health Services** , 4th ed. , Edited by Stephen Williams and Paul Torrens (Albany , New York: Delmar Publishers Inc.,1993),pp.356-358.
- ٣١- للتوسع، انظر:
- Alma Koch , " Financing Health Services " , **op.cit.** ,pp.308-315.
- ٣٢- وكذلك، انظر:
- Katharine Levit et al., "National Health Expenditures,1993", **Health Care Financing Review**, Vol.16, No.1, Fall 1994 , pp.262-267, 276-279.

- Alma Koch , " Financing Health Services " , **ibid.** ,p.317. -٣٣
- Harvey Fineberg , Technology Assessment: Motivation , Capability -٣٤
,and Future Directions " , **Medical Care Journal** , Vol.23 , No.5 ,
May 1985 ,pp.663-667.
- Harold Luft, " Competition and Regulation " , **Medical Care Jour-** -٣٥
nal , Vol.23 , No.5 , May 1985 ,pp.383-400.
- Alma Koch , " Financing Health Services " , **op.cit.** ,pp.317-318. -٣٦
- Ibid.** , pp.318-319. -٣٧
- Ibid.** , p.319. -٣٨
- Ibid.** , pp.325-326. -٣٩
- Ibid.** , p.326. -٤٠
- David Fine and Rohn , " Financial Planning and Management " , The -٤١
AUPHA Manual of Health Services Management, Edited by Robert
Taylor and Susan Taylor (Gaithersburg, Maryland: Aspen Publish-
ers Inc.,1994), p.288.
- Ibid.** , p.288. -٤٢
- Alma Koch , " Financing Health Services " , **op.cit.** ,p.326. -٤٣
- Ibid.** , p.326. -٤٤
- G.de Lissovoy et al., " Preferred Provider Organizations: Today's -٤٥
Models and Tomorrow's Prospects " , **Inquiry**, No.23,1986,pp.7-15.
- ٤٦ - لمزيد من التفصيل، انظر:
- Robert Dickinson et al., " Rethinking Specialist Integration Strat-
egies", **Healthcare Financial Management** , January 1999,pp.42-47.
- ٤٧ - وكذلك، انظر:
- Alma Koch , " Financing Health Services " , **op.cit.** ,pp.315-317.
- Ibid.** , pp.326-329. -٤٨
- Gerard Anderson and Stephanie Maxwell , " The Organization and Fi- -٤٩
nancing of Health Care Services", **The AUPHA Manual of Health
Services Management**, Edited by Robert Taylor and Susan Taylor
(Gaithersburg, Maryland: Aspen Publishers Inc.,1994), pp.100-101.
- Michael Maciosek, "Dissatisfaction with Rising Health Expenditures -٥٠
and the Hopes of Expenditure-Reducing Reforms",**Illinois Business
Review**, Summer 1994,pp.3-7.
- ٥١ - وانظر أيضاً في:
- مالية القطاع الصحي: دليل للبلدان النامية، مصدر سابق ورد ذكره، ص ص ١٢٧-١٣٨.

مراجع الفصل الثامن

أولاً - المراجع العربية:

- ١- أ. ب. ماخ و ب. أبل سميث، مالية القطاع الصحي: دليل للبلدان النامية، منظمة الصحة العالمية (الأسكندرية: المكتب الإقليمي لشرق البحر المتوسط، ١٩٨٩)، ص ٣٤.
- ٢- التقرير الصحي السنوي ١٤١٨هـ، وزارة الصحة في المملكة العربية السعودية، ص ٧٧.
- ٣- زهير السباعي، "اقتصاديات الصحة: نظرة عملية"، صحة الخليج، العدد ٣٩، ربيع الأول ١٤٢٠ / يوليو ١٩٩٩، ص ٢٠.
- ٤- عبد الرحمن السويلم، "أنماط التأمين الصحي وإمكانية تطبيقه في دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية"، مجلة الجوبة، شوال ١٤١٥هـ، ص ٢٢ - ٢٧.
- ٥- عثمان الربيعه وآخرون، "التأمين الصحي"، مجلة الثقافة الصحية، المجلد السادس، العدد ٣٥ (الرياض: مستشفى قوى الأمن، الإدارة العامة للخدمات الطبية بوزارة الداخلية، رمضان ١٤١٧)، ص ٧٦ - ٨٦.
- ٦- علاء غنام، "الطب معضلة أمريكية"، العربي، العدد ٤٢٢، يناير ١٩٩٤، ص ١٤٥.
- ٧- متابعات، "مشروع لنظام التأمين الصحي على منسوبي القطاع الخاص"، تجارة الرياض، العدد ٣٨٣، صفر ١٤١٥هـ، ص ٣٤ - ٣٥.
- ٨- مسفر الدوسري، "التأمين الصحي"، مجلة الأموال، السنة الأولى، العدد الثاني (جدة: شركة الاتصالات الدولية، يناير / مارس ١٩٩٧)، ص ٧٨.
- ٩- نائل العواملة، "القطاع الصحي: منظور نظمي للترشيد"، مجلة الإداري، السنة التاسعة، العدد ٢٨ (مسقط: معهد الإدارة العامة، مارس ١٩٨٧)، ص ٨٦ - ٨٧.

ثانياً - المراجع الأجنبية:

- 1- Alma Koch , " Financing Health Services " , **Introduction to Health Services** , 4th ed. , Edited by Stephen Williams and Paul Torrens (Albany , New York: Delmar Publishers Inc.,1993).
- 2- David Fine and Rohn , " Financial Planning and Management " , **The AUPHA Manual of Health Services Management** , Edited by Rob-

- ert Taylor and Susan Taylor (Gaithersburg, Maryland: Aspen Publishers Inc.,1994).
- 3- Eli Ginzberg and Marian Ostow , Organization and Financing of Medical Care Resources " , **Medical Care Journal** , Vol.23 , No.5 , May 1985 .
 - 4- Gary Whitted , " Private Health Insurance and Employee Benefits " , **Introduction to Health Services** , 4th ed. , Edited by Stephen Williams and Paul Torrens (Albany , New York: Delmar Publishers Inc.,1993).
 - 5- G.de Lissovoy et al., " Preferred Provider Organizations: Today's Models and Tomorrow's Prospects " , **Inquiry**, No.23,1986.
Robert Dickinson et al., " Rethinking Specialist Integration Strategies", **Healthcare Financial Management** , January 1999.
 - 6- Gerard Anderson and Stephanie Maxwell , " The Organization and Financing of Health Care Services " , **The AUPHA Manual of Health Services Management** , Edited by Robert Taylor and Susan Taylor (Gaithersburg , Maryland: Aspen Publishers Inc.,1994).
 - 7- Harold Luft, " Competition and Regulation " , **Medical Care Journal**, Vol.23 , No.5 , May 1985.
 - 8- Harvey Fineberg , Technology Assessment: Motivation , Capability ,and Future Directions", **Medical Care Journal** , Vol.23 , No.5 , May 1985.
 - 9- HCFA, " The Next Decade of Health Care Spending " , National Health Care Expenditures Project Team , National Statistics Group , Office of Actuary for the U.S., **Health Industry Today** , Via Internet, October 1999.
 - 10- Katharine Levit et al., "National Health Expenditures,1993", **Health Care Financing Review**, Vol.16, No.1, Fall 1994.
 - 11- Michael Maciosek, "Dissatisfaction with Rising Health Expenditures and the Hopes of Expenditure-Reducing Reforms", **Illinois Business Review**, Summer 1994.
 - 12- Steven Globerman and Aidan Vining, "A Policy Perspective on Mixed Health Care Financial Systems of Business and Economics", **The Journal of Risk and Insurance** , Vol.65,No.1,1998.

الفصل التاسع

تسويق خدمات الرعاية الصحية

Marketing Health Care Services

تُسَخَّرُ منظمات الرعاية الصحية ذات الشأن جميع إمكانياتها للظفر برضا عملائها الداخليين والخارجيين. ومن هنا رأت ضرورة إدخال نشاط التسويق فيها إشباعاً لرغبات عملائها الصحية واحتياجاتهم، والعمل على تقديم برامج وبدائل تمويلية متنوعة، لتمكينهم من الحصول على الخدمات الصحية المطلوبة، بما يتفق وإمكاناتهم الشرائية حيالها.

وسوف نحاول في هذا الفصل إلقاء الضوء على مفهوم تسويق خدمات الرعاية الصحية، وتطور التسويق في هذا المجال، ثم نتناول أسباب اهتمام منظمات الرعاية الصحية بتسويق خدماتها، وبيان أهمية التسويق فيها، ودوافع توجهها نحو تسويق خدماتها، ثم نعرِّج بعدها على عرض المقوِّمات الموضوعية الواجب مراعاتها عند وضع إستراتيجية تسويق خدمات الرعاية الصحية، ثم نتطرق لعوامل نجاح تسويق تلك الخدمات حاضراً ومستقبلاً.

أولاً - نظرة عامة إلى مفهوم تسويق خدمات الرعاية الصحية:

نتناول فيما يلي بشيء من الإيجاز تعريف تسويق خدمات الرعاية الصحية، والمراجعة التسويقية لهذه الخدمات، وعناصر تسويقها:

١- تعريف تسويق خدمات الرعاية الصحية:

يقصد بالتسويق في منظمات الأعمال، الإنتاجية منها والخدمية، بمعناه الواسع، التعرف على حاجات الزبائن ورغباتهم، وتحديدتها تحديداً دقيقاً، والعمل على إشباعها إشباعاً يدر ربحاً عليها^(١). ويمكن تعريفه من الناحية الوظيفية، في تلك المنظمات، أيضاً، بأنه النشاط الذى يقوم على توفير أنسب السلع أو الخدمات أو الأفكار التى تؤدى إلى أفضل إشباع ممكن لرغبات زبائنهم واحتياجاتهم، وتحقيق أفضل عائد ممكن لها^(٢، ٣). أما من الناحية الإجرائية فيمكن تعريفه بأنه عملية تحليل الأنشطة المتكاملة والمتراطة التى تهدف إلى توفير السلع أو الخدمات أو الأفكار، والتخطيط لهذه الأنشطة وتنفيذها، والترويج لها، وتيسير إيصالها فى المكان والوقت المناسبين لإشباع حاجات الزبائن والمشتريين الحاليين والمرتقبين ورغباتهم من تلك السلع أو الخدمات أو الأفكار من جهة، والمنتجين والموزعين والمستوردين لها من جهة أخرى، من خلال عملية تبادل المنافع بينهما، ومن دون الإضرار بمصالح الزبون أو مخالفة الأطر السياسية والاجتماعية والاقتصادية والأخلاقية السائدة فى المجتمع^(٤، ٥).

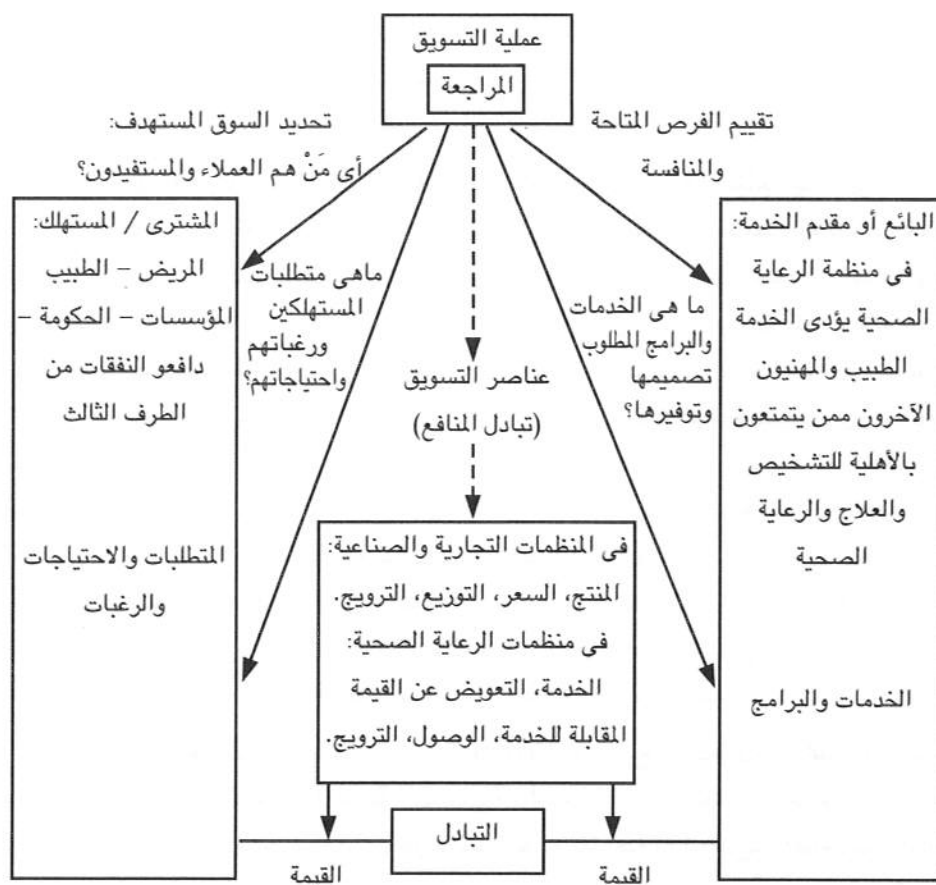
ويتفق أكثر الكتاب في هذا المجال على أن المفهوم الرئيسى للتسويق يدور حول التبادل الإرادى أو الطوعى Voluntary Exchange للمنافع بين طرفين لشيء ما له قيمة عند كل منهما^(٦). فالمشتري (أو المستهلك) يتلقى شيئاً ما له قيمة (منتج أو خدمة) من البائع (أو مقدم الخدمة) فى تبادل إرادى معه لشيء ما له قيمة (نقود مثلاً)^(٧).

ويتطلب تحقيق هذا التبادل - فى منظمات الرعاية الصحية مثلاً - أن تسعى إلى تحديد احتياجات مستهلكيها الحاليين أو المرتقبين (أو بما يسمى أسواقها المستهدفة Target Markets)، وتقصى رغباتهم، من أجل العمل على إشباعها، بإيجاد الخدمات المطلوبة، وتيسير الحصول عليها، وإظهار منافعها؛ ليقوم مستهلكوها بدورهم بالبحث عن تلك الخدمات واختيارها^(٨، ٩).

وعلى ضوء ما سبق، يمكن تعريف تسويق خدمات الرعاية الصحية بأنه عملية تحليل الأنشطة المتكاملة والمترابطة التى تقوم بها منظمات الرعاية الصحية لتوفير أنسب الخدمات المطلوبة، والتخطيط السليم لها، والرقابة على حسن تنفيذها، والترويج لها، وذلك لتعزيز عملية التبادل الإرادى للمنافع (أو القيم Values) مع أسواقها المستهدفة، بما يمكنها من بلوغ أهدافها المرسومة بفعالية وكفاءة عاليتين^(١٠، ١١).

ويظهر الشكل رقم (١) المقترح من قبل كل من "راكيش Rakich، و لونغست Long-est، و دار Darr" العناصر المهمة فى التعريف السابق لتسويق خدمات الرعاية الصحية. ومنه يتضح أن تحديد متطلبات الأسواق المستهدفة واحتياجاتها ورغباتها يقتضى أن تقوم منظمة الرعاية الصحية بالإجابة عن عدد من التساؤلات المهمة مثل: من هم عملاؤها الحاليون والمرتقبون؟ أو ما هى أسواقها المستهدفة؟ وما هى متطلبات تلك الأسواق الواجب إشباعها واحتياجاتها ورغباتها؟ وما هى الخدمات والبرامج المطلوب تصميمها وتوفيرها لتنشيط عملية تبادل المنافع بينها وبين عملائها؟ وما هى الفرص التسويقية المتاحة لها فى ظل المنافسة بينها وبين منظمات الرعاية الصحية الأخرى؟.

الشكل رقم (١)
تسويق خدمات الرعاية الصحية*



* Jonathon Rakich, Beaufort Longest, and Kurt Darr, **Managing Health Services Organizations**, 3rd ed. (Baltimore, Maryland: Health Professions Press, 1992), p. 314.

٢- المراجعة التسويقية Marketing Audit

تعد المراجعة التسويقية جوهر العملية التسويقية التي تشتمل على تخطيط الأنشطة التسويقية وتنفيذها والرقابة عليها. ويقصد بها التقييم المنتظم والمنهجي الذي تجريه منظمة الرعاية الصحية للحالة أو الموقف أو النشاط التسويقي لخدمات الرعاية الصحية فيها^(١٢). وتتضمن هذه المراجعة ما يلي^(١٣، ١٤):

أ - تحديد الأسواق المستهدفة لمنظمة الرعاية الصحية ودراسة احتياجاتها: أى تحديد الأسواق الحالية والمرتبطة لمنظمة الرعاية الصحية من حيث الخصائص الديموغرافية للمستفيدين من خدماتها، والمشتريين لها، وأولئك المؤثرين في قرارات شرائها واستخدامها، لا سيما الأطباء والحكومات وشركات التأمين. فعلى سبيل المثال، لا يتحكم الأطباء في حصول المريض على الخدمة الطبية في المستشفى، أو فى المرافق الطبية الأخرى فحسب، بل يتحكمون أيضاً فى طبيعة الخدمات المقدمة لهم، وكميتها، ونوعيتها. أما دافعوا نفقات الرعاية من الطرف الثالث، لا سيما الحكومات والمؤسسات الكبرى فيؤثرون فى تسعير الخدمات المقدمة. وأما شركات التأمين الخاصة فتؤثر فى قرارات المرضى فى تحديدها لمكان تلقيهم للخدمة، ونوعها، ونطاقها، وأسعارها. إذاً فالهدف الرئيسى للتسويق فى منظمة الرعاية الصحية هو أن تكون خدماتها الحالية مشبعة إشباعاً تاماً لمتطلبات المرضى واحتياجاتهم ورغباتهم، من دون إغفال لإشباع متطلبات المؤثرين الآخرين فى القرارات الشرائية لخدماتها، وتلبية احتياجاتهم ورغباتهم.

ب - تقييم خط الإنتاج الحالى Product Line أو مزيج الخدمات الحالية المتوفرة Service Mix فى منظمة الرعاية الصحية بالنسبة لاحتياجات الأسواق التى تم تحديدها، وذلك بجانب تحديدها للفرص التسويقية المتاحة لها وتقييم المنافسين لها: تساعد المراجعة التسويقية على تحديد نطاق الخدمات المطلوبة ونوعيتها، وعلى تقييم الخصائص والصفات والمزايا المرتبطة بها، فضلاً عن تحديد احتياجات الأسواق المستهدفة من تلك الخدمات، ومدى المنافسة الموجودة لها، من منظمات صحية أو أطراف أخرى، بما يمكنها من تحديد حجم فجوتها التسويقية فى الأسواق المستهدفة، والتهديدات التى تشكل خطراً على منظمة الرعاية الصحية، ومدى توافر فرص تسويقية جديدة فيها لاسيما فى حال اتخاذ قرار باستقطاب كفاءات طبية متميزة، أو إدخال تقنيات طبية متطورة فيها، أو بإيجاد برامج وخدمات صحية متميزة لا تتوافر فى منظمات الرعاية الصحية الأخرى. ومثل هذه المعلومات تسمح باتخاذ بعض القرارات المتعلقة بتقدير مدى الحاجة إلى توسيع

خطوط الإنتاج الحالية فى منظمة الرعاية الصحية (أو مزيج خدماتها الحالية)، أو تقليصها، أو إعادة تنظيمها، أو تعديلها.

٣- العناصر التسويقية Elements of Marketing:

يقصد بالعناصر التسويقية، أو ما يسمى المزيج التسويقي Marketing Mix لخدمات الرعاية الصحية، تلك العناصر التى تؤدى إلى تنشيط عملية تبادل المنافع بين منظمة الرعاية الصحية والمستفيدين من خدماتها، من أجل أداء الوظيفة التسويقية فيها على النحو المخطط له. وتشتمل تلك العناصر فى مراجع التسويق، لاسيما فى المنظمات الصناعية والتجارية والخدمية، على كل من المنتج، والسعر، ومنافذ التوزيع، والترويج. أما فى مراجع الإدارة الصحية فتشتمل تلك العناصر على كل من الخدمة Service، والتعويض عن القيمة المقابلة للخدمة Consideration أو القيمة الاعتبارية للخدمة، وسهولة الوصول إليها Access، والترويج لها^(١٥). وفيما يلى عرض موجز لكل منها:

أ - الخدمة:

تعد الخدمة، سواء أكانت خدمة صحية أم خدمة مساعدة، أهم عنصر من عناصر تنشيط عملية تبادل المنافع بين منظمة الرعاية الصحية والمستفيدين من خدماتها المتاحة. ويفترض أن يكون مزيج خدماتها الحالية مشبعاً لاحتياجات المستفيدين منها ورغباتهم، من حيث تنوعها وجودتها. ولا بد فى إطار التحسين المستمر لجودة الخدمات من التأكيد على أهمية مراعاة عدد من القيم الجوهرية المرتبطة بإشباع رغبات المستفيدين واحتياجاتهم من الخدمات المقدمة، مثل^(١٦):

- تعزيز الخدمة المقدمة " لخصوصية " أو " فردية " عنايتها الفائقة بالمستفيدين منها، من خلال ترسيخها لشعار " خدمة المريض والمستفيدين الآخرين أولاً ".
- العمل على تحقيق توقعات المستفيدين من الخدمات المقدمة، وما هو أكثر منها.
- الحرص على تأدية الخدمة على وجهها الصحيح من أول مرة.
- خفض تكاليف الأعمال المتسمة بتدنى جودتها.
- دعم الأداء الجيد للموظفين ومنحهم الصلاحيات المناسبة لتحسين جودة الخدمات المقدمة.

ب - التعويض عن القيمة المقابلة للخدمة: Consideration

التعويض هو القيمة (أو السعر) المُحدّد للمنتج أو الخدمة، والذي قد يؤثر في قرارات المستهلكين بصدد طلب الخدمة اللازمة. ويرى "راكيش Rakich" وزملاؤه في هذا المجال^(١٧) أنه عندما يقوم المستهلكون للخدمة بدفع القيمة المقابلة لها، قد يكون السعر عاملاً معوّقاً لطلب الخدمة. أما عندما يكون الدفع بطريقة غير مباشرة، فقد يكون المستهلكون عندئذٍ غير مهتمين بتكاليفها، ومن ثم لا يكون السعر عاملاً مهماً يحد من قرار طلبهم لخدمات منظمة الرعاية الصحية. ويشمل عنصر التعويض عن القيمة المقابلة للخدمة أيضاً تلك الاعتبارات غير الملموسة Intangibles والتي تعد في غاية الأهمية في التأثير في قرارات العملاء الشرائية لخدمات المنظمة، لعل أهمها تكوين سمعة حسنة حول مستوى جودة الخدمات المقدمة مثل التعامل اللائق لهيئات العاملين مع توترات المرضى وانفعالاتهم، والحد من أوقات انتظارهم للحصول على الخدمات المطلوبة، واحترام الموظفين لدور المرضى، وتخصيص الوقت المناسب لفحصهم^(١٨، ١٩).

ومن أهم الأسئلة التي قد تثار حول هذا العنصر التسويقي لخدمات الرعاية الصحية^(٢٠) ما يلي:

- ما هي الاعتبارات التي تم الاعتماد عليها في تحديد إستراتيجيات وسياسات تسعير الخدمات الحالية؟ مثلاً اعتبارات التكلفة، والطلب، وعائد الاستثمار، والمنافسة، ومتطلبات الدافعين من الطرف الثالث للتعويض عن الخدمات المقدمة.
- هل يستخدم تسعير الخدمة سلاحاً لمنافسة منظمات الرعاية الصحية المشابهة؟ أم أنه يستخدم وسيلة لمعالجة الطلب على الخدمة؟ أي لزيادة الطلب على استخدام الخدمات أو الحد منه.
- كيف نقارن هيكل أسعار خدمات منظماتنا مع هيكل أسعار الخدمات نفسها في المنظمات المشابهة الأخرى؟

ج - سهولة الوصول إلى الخدمة والحصول عليها: Access

تعد سهولة الوصول إلى موقع الخدمة عنصراً مهماً في تسويق خدمات الرعاية الصحية، لاسيما بالنسبة لقرب مسافة الموقع من أماكن سكن المستفيدين. إذ يعد نشر منظمة الرعاية الصحية لمرافق مستقلة للعيادات الخارجية وصحة العائلة وتكوين وحدات كشف جوّالة من الطرائق التي تزيد من سهولة وصول المستفيدين إلى الخدمة، وتوسّع في الوقت نفسه الرقعة الجغرافية لأسواقها المستهدفة^(٢١).

كما تعد سهولة الحصول على الخدمة المطلوبة عنصراً مهماً، أيضاً، فى تسويق خدمات الرعاية الصحية، لاسيما عندما تكون أوقات تشغيل الخدمات وأوقات انتظار المستفيدين مناسبة للحصول على الخدمات المطلوبة. فإطالة ساعات تشغيل الخدمات، وتغطية هذه الخدمات فى أوقات عطلة نهاية الأسبوع تسهم أيضاً فى تعزيز سهولة الحصول على الخدمة، بالإضافة إلى إيجاد وضع تنافسى جيد لها^(٢٢). ومن بين الأسئلة التى يمكن أن تثار حول هذا العنصر التسويقى لخدمات الرعاية الصحية^(٢٣، ٢٤) ما يلى:

- هل ترى أن تقديم منظمة الرعاية الصحية لخدمات إضافية خارج موقعها الجغرافى يكسبها أى مزية تنافسية؟
- هل تتلاءم أوقات تقديم الخدمة مع احتياجات المستفيدين؟
- هل يسهل الوصول إلى موقع الخدمة بواسطة النقل العام والخاص؟ وهل تتوافر حافلات أو قطارات كافية لنقل المستفيدين إلى موقع الخدمة؟ وهل يسهل إيجاد موقف للسيارة بالقرب من موقع الخدمة؟
- هل يتطلب الحصول على الخدمة انتظاراً طويلاً؟
- هل يتم الالتزام بالمواعيد المحددة للمريض؟

د - الترويج:

يعد الترويج العنصر الرابع فى عناصر تسويق خدمات الرعاية الصحية. ويمكن تعريفه بأنه الاتصال المباشر أو غير المباشر بالعملاء الحاليين أو المرتقبين لجذب اهتمامهم نحو أنواع الخدمات المتاحة وتخصصاتها، وشرح مزاياها لحملهم على الإقبال عليها، وإقناعهم بالمبادرة إلى الاستفادة منها^(٢٥).

ويتكون المزيج الترويجى من العناصر الرئيسية التالية: العلاقات العامة، والإعلان، والبيع الشخصى Personal Selling، والإعلان Publicity، وتنشيط المبيعات Sales Promotion. وفيما يلى عرض مختصر لكل من هذه العناصر:

- العلاقات العامة:

هدف العلاقات العامة هو تحسين مناخ بيع خدمات الرعاية الصحية بحيث يمكن عقد صفقات شرائها بسهولة. وقد لخص " أحمد الخضر " دور العلاقات العامة فى الترويج لخدمات الرعاية الصحية فيما يلى^(٢٦):

- تنظيم زيارات للجمهور إلى مقر منظمة الرعاية الصحية للتعرف على أقسامها المختلفة وسياساتها، أو انتقال العاملين إلى أماكن وجود الجمهور كالمدارس والمعاهد والجامعات.
- المشاركة في تنظيم المحاضرات والندوات والبرامج الإذاعية الخاصة بالتنقيف الصحى.
- استخدام وسائل الاتصال العامة لإيضاح رسالة منظمة الرعاية الصحية وأهدافها وجهودها التى تبذلها فى خدمة المستفيدين.
- توزيع المنشورات الطبية التثقيفية المناسبة وفقاً للأحداث المختلفة.
- تكوين العلاقات الجيدة مع أطراف البيئة الخارجية، وإيصال متطلباتها إلى الإدارة العليا.

- الإعلان:

هدف الإعلان هو إعلام المستهلكين المتوقعين من مختلف فئاتهم بخصائص خدمات الرعاية الصحية المتاحة، ومزاياها، وكيفية الحصول عليها، من أجل إثارة الرغبة لديهم فى استهلاك تلك الخدمات، وبالتالي زيادة الطلب على استخدامها. كما يهدف الإعلان، أيضاً، إلى إرشاد المستهلكين إلى أماكن وجود هذه الخدمات^(٢٧).

ومن وسائل الإعلان الشائعة الصحف والمجلات والتلفاز والراديو والملصقات. وكل هذه الوسائل يمكن أن تصل إلى كل بيت. ويمكن استخدام البريد وسيلة إعلانية بتوجيه الرسائل والخطابات والنشرات عندما تكون السوق المستهدفة محددة كسوق الأطباء أو أصحاب العمل أو القائمين على المنشآت المختلفة. كما يمكن اللجوء اليوم إلى شبكة الإنترنت وسيلة إعلانية بعد أن حققت هذه الشبكة انتشاراً واسعاً على مستوى البلد الواحد وعلى مستوى العالم.

ومن أهم مزايا الوسيلة الإعلانية الجيدة أن تحقق الانتشار الواسع، وأن تصل إلى كل المستهلكين المتوقعين، وأن تثير اهتمامهم بالحصول على الخدمات المتاحة.

- البيع الشخصى:

هدف البيع الشخصى إقناع المستفيدين المتوقعين بخدمات الرعاية الصحية المتاحة من خلال الاتصال المباشر معهم، وشد اهتمامهم إليها، وتوليد الرغبة لديهم فى شرائها أو الحصول عليها. كالطبيب الذى يقوم بالاطمئنان على حالة مريضه، أو يذكره بموعد تطعيم ولده، أو يستدعيه لإجراء بعض الفحوص الروتينية، أو الاشتراك فى برامج الفحص الدورى. ومن أهم المزايا التى يحققها البيع الشخصى لخدمات الرعاية الصحية^(٢٨):

- توطيد العلاقة بين مقدمى الخدمة والمستفيدين منها بما يضمن استمرارية مراجعتهم لها.
- ترسيخ صورة ذهنية جيدة عند المستفيدين عن الخدمات المتاحة، وهو أمر يؤدي إلى قيامهم بالترويج لمنظمة الرعاية الصحية.

- النشر:

هو أحد الأساليب التي تولد انطباعاً طيباً عن خدمات الرعاية الصحية بين قراء الصحف والمجلات، ومستمعى الإذاعة، ومشاهدى التلفزيون. ومما يميز النشر عن وسائل الترويج الأخرى أنه غير مدفوع الأجر. كما يميزه أيضاً اتصاف المادة المنشورة - أو المقابلة الإذاعية أو التلفزيونية - عن خدمات الرعاية الصحية، بدرجة عالية من المصادقية بين المستفيدين المتوقعين نظراً لأنها تنشر أو تذايع أو تبث، بمبادرة من قبل طرف خارجي مادة إعلامية ليست ذات طابع ترويجي مباشر^(٢٩).

- تنشيط المبيعات:

- يستخدم هدف تنشيط المبيعات فى منظمات الرعاية الصحية بوصفه وسيلةً لتنشيط إقبال العملاء الحاليين والمرتقبين على طلب استخدام خدمات الرعاية الصحية. ومن الأساليب التي يمكن اتباعها لتنشيط الطلب على استخدام خدمات الرعاية الصحية^(٣٠) مايلي:
- تعليق اللوحات الجدارية على جدران المبنى لإيضاح الخدمات المتاحة والنصائح والإرشادات المختلفة لمتلقى الخدمة أو زائريها.
- توزيع كتب المنظمة الصحية ونشرات التوعية الصحية والعروض الترويجية الموجهة إلى المستفيدين.
- توزيع الهدايا العينية التي تحمل اسم وشعار المنظمة الصحية مثل التقاويم والأقلام والصور التذكارية.
- المشاركة فى حملات التطعيم المجانية ضد أمراض الطفولة.

ثانياً- نظرة عامة إلى تطور التسويق فى قطاع الرعاية الصحية:

يرى "بروس رن Bruce Wrenn"^(٣١) أنه قبل العام ١٩٧٠م لم يكن للتسويق الذى نعرفه حالياً وجود له شأن عند أى مقدم من مقدمى خدمات الرعاية الصحية فى الولايات المتحدة الأمريكية. ويشير إلى أن وظائف التسويق فى منظمات الرعاية الصحية، التي

كانت تنجزها إدارات التطوير أو إدارات العلاقات العامة فيها، كان يقوم بها أفراد لا يتمتعون بأى تدريب نظامى، أو خبرة سابقة فى مجال التسويق. ولكن عدم الاهتمام بحقل التسويق آنذاك، ما لبث أن قابله إقبال عليه فى نهاية السبعينيات ومطلع الثمانينيات.

وقد أدت عوامل خلال السبعينيات الميلادية مثل^(٣٢): مواكبة خدمات الرعاية الصحية للتطور التقنى المستمر لتطبيق أحدث وسائل التشخيص والعلاج، وتنمى وعى المجتمعات لأهمية التشخيص والعلاج المبكرين لما يواجهونه من مشكلات صحية، ووجود تغطية مناسبة لنفقات الرعاية الصحية سواء من قبل الحكومات أو الأفراد أو كليهما معاً، وسهولة وصول الأفراد إلى خدمات الرعاية الصحية، أدت إلى ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية ارتفاعاً مطرداً.

ويضاف إلى ماسبق، سخاء شركات التأمين الخاصة فى الدفع - كما فى الولايات المتحدة الأمريكية التى تعتمد مبدأ الدفع نظير الخدمة المقدمة - للمستشفيات، خلال تلك الفترة، عن المصروفات المالية للمرضى المؤمنین لديها. والحق أن الحكومات أو شركات التأمين (التي تسمى بالطرف الثالث) لم تكن تحفل كثيراً بتكاليف الرعاية الطبية خلال تلك الفترة. ومن ثم لم يكن لدى المستشفيات سوى حافز ضعيف للاهتمام بكفاءة استخدام الموارد، فضلاً عن التفاف العديد من منظمات الرعاية الصحية على الإجراءات النظامية الخاصة باحتواء تكاليف الرعاية الصحية^(٣٣).

وقد شهد مطلع الثمانينيات فى الولايات المتحدة الأمريكية رغبة الطرف الثالث من دافعى التأمين فى وضع حد لارتفاع نفقات الرعاية الصحية. وقد بدأ ذلك مع تطبيق قانون التشخيص المقارن Diagnosis - Related Group فى عام ١٩٨٣ م، مما دفع العديد من المستشفيات إلى الاهتمام بكفاءة استخدام الموارد، والعمل على الحد من معدلات شغل الأسرة. وكان قد نجم عن ذلك أن قرارات الأطباء العلاجية باتت تتسم بحرص واضح على العمل على الحد من تكاليف الفحوص الطبية، وطول فترات بقاء المرضى فى المستشفيات^(٣٤).

وللسيطرة على ارتفاع أقساط التأمين لمختلف شركات الأعمال، أدخلت شركات التأمين برامج جديدة تهدف إلى الحد من مدفوعاتها للمصروفات الطبية مثل: الشرط المسبق لإذن دخول المستشفى، والإلزام بأخذ رأى ثانٍ قبل إجراء العمل الجراحى، والأخذ ببدائل للحد من تكاليف الرعاية الداخلية، وإنشاء منظمات الحفاظ على الصحة، ومنظمات مقدمى الخدمة المفضلين Preferred Provider Organization التى ترعاها شركات التأمين،

حيث تركز هذه المنظمات على إبقاء المرضى خارج المستشفيات، والرقابة على مدى بقاء المرضى في المستشفيات لأولئك الذين يتم إدخالهم إلى المستشفيات^(٣٥).

هذا، وقد لعب وعى المجتمعات الصحي لأهمية الاهتمام بالتغذية السليمة، وممارسة الرياضة، والترفيه دوراً في خفض معدلات عدد أيام العلاج في المستشفيات^(٣٦).

ومن ناحية أخرى، هناك تنافس حاد بين المستشفيات على بعض الموارد الإستراتيجية مثل ولاء الأطباء والعملاء (المرضى). فقد أشار العديد من المصادر إلى موضوع زيادة حدة التنافس بين المستشفيات نتيجة للتغيرات في البيئة. إذ أشار أرنولد Arnold، عام ١٩٩١، إلى أن سبب ذلك يعود إلى ازدياد سعة المستشفيات، والغلاء، وارتفاع تكاليف الرعاية الصحية، والتقدم التقنى الطبى المذهل، وارتفاع مستويات التخصصات الطبية، وحركة المستفيدين أو العملاء، والنقص الواضح فى تنظيم قطاع الرعاية الصحية والتغيرات الحاصلة فى نظام التعويض عن المصروفات الصحية، وانخفاض معدلات شغل الأسرة، وإعادة هيكلة اتحاد الشركات وتشعب أنشطتها^(٣٧).

وقد نجم عن ازدياد التنافس بين مقدمى خدمات الرعاية الصحية على الموارد الإستراتيجية اهتمام أكبر بالتسويق^(٣٨).

ثالثاً - أسباب الاهتمام بتسويق خدمات الرعاية الصحية:

لقد أسهمت الكتابات عن تسويق خدمات الرعاية الصحية فى منتصف السبعينيات بدور كبير فى الاهتمام بموضوعات التسويق، وأهميته فى رفع مستوى الاستفادة من خدمات المنظمات الصحية ومواردها، إضافة إلى النظر إليه على أنه وسيلة للتأثير فى قرارات المرضى فى اختيار الخدمات التى يحتاجون إليها.

ومن أهم الأسباب التى دفعت إلى الاهتمام بتسويق خدمات الرعاية الصحية منذ مطلع الثمانينيات ما يلى^(٣٩، ٤٠):

- ارتفاع تكاليف الرعاية الصحية: أدى ذلك إلى اتجاه الدراسات نحو العمل على البحث فى الطرائق والأساليب التى يؤدى تنفيذها إلى بقاء معدل زيادة تكاليف الرعاية الصحية. ومن ثم قد يكون من المفيد لإدارىي الرعاية الصحية الاستفادة من التسويق للتأثير بهدف التمكن من احتواء التكاليف.

- **زيادة المسؤولية أمام المراكز المختصة Rising Accountability:** أدت التشريعات الخاصة بإيجاد آليات لتقييم أداء مقدمى خدمات الرعاية الصحية إلى ضرورة أن يتقدم مقدمو الخدمة بالمعلومات التى تدعم متطلباتهم بصدد الخدمات الإضافية، التى قد يحتاجون إليها، وكذلك الحال بالنسبة لتخصيص الموارد. وتعد مفاهيم التسويق وأساليبها مفيدة فى تطوير مثل هذه المعلومات.

- **زيادة تركيز مجالس الأمناء والمديرين على احتياجات الرعاية الصحية للعميل:** يجب على المديرين أن يثبتوا لأعضاء مجالس إداراتهم أن الاحتياجات الصحية لعملائهم قد تم التشاور بشأنها، من ثم يجب مراعاة احتياجاتهم فى عمليتي التخطيط والتشغيل للخدمة المقدمة.

- **تزايد أعداد المرافق الطبية ذات الملكيات المختلفة مثل المرافق الطبية الربحية أو غير الربحية، والمجمعات الطبية، والعيادات الطبية الطارئة:** وقد أحدث هذا التزايد نوعاً من التنافس فيما بينها، وبالتالي ينبغى زيادة الاهتمام بأسواق الخدمة التابعة لكل منهم.

- **النظر إلى انخفاض معدلات استخدام الخدمات الصحية أو تدنيها على أنه نوع من هدر الموارد المستخدمة:** يزود التسويق الإدارة بالمفاهيم والأساليب الخاصة بفهم أنماط الطلب على الخدمة، ومراجعة احتياجات العميل، وتحديد أسواق الخدمة المستهدفة، والعمل على الوصول إليها، وقياس رضا العميل عن الخدمات المقدمة. إذاً، يمكن أن يكون التسويق مفيداً فى رفع مستويات الاستخدام دون الحاجة إلى طلب خدمات غير ضرورية.

- **ازدواجية الخدمات:** يساعد التسويق الإداريين فى قياس إجمالى الطلب، وتقدير مستوى جودة خدمات الرعاية الطبية المقدمة، وتحديد ماهية الخدمات التى ينبغى تقديمها لتلبية الاحتياجات الفعلية للأسواق التى يخدمها المرفق الطبى. إذاً يوفر التسويق المعلومات التى تساعد متخذى القرار على تحقيق استخدام فعال للموارد المالية والبشرية والموارد المادية الأخرى مثل الأجهزة والأدوات الباهظة الثمن.

- **تغير طبيعة العلاقة بين المريض والطبيب:** تعد أساليب التسويق مفيدة فى التعرف على خيارات المريض فى تحديد نوع خدمة الرعاية الصحية المطلوبة ومكانها، ووجهات نظره تجاه حسن معاملة الطبيب.

- **تزايد الاهتمام بالوقاية:** يدفع إلى إيجاد جهود تسويقية للحد من تكاليف الرعاية الصحية.
- **ازدياد لامبالاة العملاء بمقدمي خدمات الرعاية الصحية:** هذا ما يستدعي أن يقوم مقدمو الخدمة بدراسة توقعات العملاء ومدى رضاهم عن الخدمات التي يقدمونها لهم.
- **النظر إلى قطاع الرعاية الصحية على أنه قطاع أعمال مربح تقدم فيه المنتجات والخدمات للعملاء كما تقدم في القطاعات الأخرى:** إن كل ما يحتاج إليه هذا القطاع هو علاقات عامة، واستخدام أساليب ترويجية كما تستخدم في قطاعات الأعمال الأخرى.
- وقد أدى تزايد المنافسة بين منظمات الرعاية الصحية خلال الثمانينيات إلى زيادة موازنات التسويق بغض النظر عن فعالية الجهود التسويقية ومردودها لدى هذه المنظمات^(٤١).

رابعاً - أهمية التسويق في منظمات الرعاية الصحية:

- يؤدي التسويق في منظمات الرعاية الصحية لاسيما في القطاع الخاص مجموعة من الوظائف الرئيسية تتلخص فيما يلي^(٤٢، ٤٣):
- إجراء البحوث التسويقية للمنظمة الصحية، للاستفادة منها في التعرف على سلوك مجتمع منطقة خدمة هذه المنظمة ووجهات نظر أفرادها في مسألة استخدام خدماتها الصحية، والسعى إلى التعرف على احتياجاتهم ورغباتهم الصحية والنهوض بمستوى الخدمات المقدمة. وهي أمور تساعد على وضع إستراتيجية التسويق للمنظمة وسياسات التسويق فيها.
- المساعدة على ترويج برامج وخدمات الرعاية المقدمة باختيار المزيج الترويجي المناسب لطبيعة الخدمات الصحية، وذلك بهدف اجتذاب المستفيدين إلى المنظمة الصحية (مثل أساليب الاتصال بالمستفيدين والرد على استفساراتهم - وضع سياسات تسعيرية منافسة لسوق الرعاية الصحية لشراء الخدمات والبرامج الصحية المقدمة - الملصقات واللافتات - الإعلانات).
- تبصير أفراد مجتمع منطقة الخدمة وتوعيتهم بالخدمات والبرامج المتاحة في المنظمة الصحية، وأهمية الوقاية وإجراء الفحوص المبكرة لبعض الأمراض، وترشيد استخدام الدواء والحد من المعالجة الذاتية التي تشوهدا ممارسات وعادات ضارة بالإنسان، مثل

تناول بعض الأدوية بدون وصفة طبية، والإدمان على العقاقير المخدرة وتدخين السجائر.

- تعريف أفراد مجتمع منطقة الخدمة بما تتميز به المنظمة الصحية أو تنفرد بتقديمه من خدمات وبرامج صحية وخبرات استشارية ومتخصصة، مما يساعد على اجتذاب موارد تمويلية إضافية لها.

خامساً- هل يؤدي التسويق إلى نجاح نظام الرعاية الصحية؟

إن محاولة البحث لمعرفة هل أسهم التسويق في تحقيق أوجه نجاح لمنظمات الرعاية الصحية، قد تثير السؤال التالي: هل كانت منظمات الرعاية الصحية التي اتجهت نحو التسويق ناجحة أكثر من المنظمات التي لم تطبق نظام التسويق؟^(٤٤)

إنَّ توجُّه المنظمات نحو التسويق Marketing Orientation، الذي يعود في جذوره إلى مفهوم التسويق، يتألف من ثلاثة عناصر هي^(٤٥،٤٦):

- **فلسفة العميل Customer Philosophy**: حيث يركز على التحديد والإرضاء المتبادل لرغبات الشركاء واحتياجاتهم.

- **تحقيق الهدف Goal Attainment**: يقصد بذلك الوسائل التي تستخدم من قبل المنظمة لتحقيق أهدافها بكفاءة، في حين تقوم بتلبية احتياجات عملائها.

- **التنظيم المتكامل للتسويق**: أي إيجاد نوع من تضافر الجهود وتكاملها في مختلف أنحاء المنظمة لتحقيق أهدافها من خلال تلبية احتياجات عملائها ورغباتهم.

وتتوقف درجة نجاح تطبيق المنظمة لمفهوم التسويق على توجه المنظمة نحو التسويق، وهو التوجه الذي عرفه كل من " كوحلى وجورسكى Kohli and Jaworski's"، بأنه التنظيم الواسع لتوليد أفكار مبدعة عن السوق فيما يخص الاحتياجات الحالية والمستقبلية للعميل (أي فلسفة العميل) وتوزيع هذه الأفكار على جميع الوحدات في المنظمة (أي تضافر التسويق تنظيمياً)، والاستجابة التنظيمية لهذه الأفكار، أي تحقيق الهدف^(٤٧،٤٨).

وبمراجعة سريعة لبعض الدراسات لقياس تأثير التوجه نحو التسويق Marketing Orientation استنتج "رن Wrenn" ما يلي^(٤٩):

- التوجه نحو التسويق يزيد من رضا العميل.

- اتفاق نتائج الدراسات على فائدة التسويق في تحسين الأداء التنظيمي للمنظمات.
- ممارسات القوى العاملة تتجه على نطاق أوسع نحو التوجه إلى العميل، كما أن التوجه نحو التسويق، يحد من ضغوط العمل، ويزيد من الرضا الوظيفي والالتزام التنظيمي، ناهيك عن زيادة التزام الموظفين بالشركة.
- ويضاف إلى ما سبق، أن استخدام الممارسات التسويقية التي تعكس التوجه نحو التسويق سوف يساعد منظمات الرعاية الصحية على أن تكون ناجحة بدرجة أكبر. وتشير نتائج بعض الدراسات في صدد تأثير التسويق على أداء المستشفى إلى ما يلي^(٥٠):
- أشارت دراسة "ماكي، وفارادارجان، وفاسر، McKee, Varadarajan, and Vassar" في عام ١٩٨٦م "إلى أن التخطيط التسويقي الشامل اقترن بارتفاع معدلات شغل الأسرة.
- أشارت دراسات كل من "رن، ولاتور، وكالدر، Wrenn, LaTour, and Calder" إلى أن نسبة تحسين (٨٠٪) من التوجه نحو التسويق Marketing Orientation اقترنت بزيادة (٢٥) مليون دولار في إجمالي عائدات المرضى و (٨) نقاط مئوية في تحسين معدل شغل الأسرة.

سادساً- تعزيز التوجه نحو التسويق Promotion of a Marketing Orientation

لاحظ عدد من الكتاب أن أهم إسهامات المسوقين لمقدمي خدمات الرعاية الصحية هو تسريعهم لتبني التوجه نحو التسويق. وقد أثار "كوتلر وكلاارك Kotler and Clarke" خمسة أسئلة يتعلق كل منها بالتعرف على مدى تعزيز عناصر التوجه نحو التسويق في الرعاية الصحية. وهذه الأسئلة تم طرحها على النحو الآتي^(٥١):

- ١- فلسفة العميل Customer Philosophy: هل تعترف الإدارة بأولوية السوق واحتياجات العميل ومتطلباته عند تحديد خطط المنظمة وعملاتها التشغيلية؟
- ٢- معلومات التسويق المناسبة Adequate Marketing Information: هل تطلع الإدارة على نوع المعلومات المطلوبة وجودتها لإجراء التسويق الفعال؟
- ٣- التوجيه الإستراتيجي Strategic Orientation: هل تقوم الإدارة بتحديد إستراتيجياتها المبتكرة وخططها من أجل تحقيق أهدافها البعيدة المدى؟

٤- **الكفاءة التشغيلية Operational Philosophy**: هل يتم التعامل مع أنشطة التسويق المختارة بأسلوب المردودية العالية Cost - Effectiveness؟.

٥- **منظمة التسويق المتكاملة Integrated Marketing Organization**: هل تم تأمين الموظفين لإجراء التحليل التسويقي للأنشطة المتكاملة والمتراطة التي تهدف إلى توفير الخدمات المطلوبة، والتخطيط لهذه الأنشطة وتنفيذها والرقابة عليها؟

وعلى ضوء عناصر التسويق التوجيهي الخمسة التي سبقت الإشارة إليها، حدد كل من "رن، ولاتور، وكالدر Wrenn , LaTour , and Calder" في العام ١٩٩٤م خمس مهام لأخصائيي التسويق في مجال الرعاية الصحية، هي^(٥٢، ٥٣):

- ١- تحديد الأفراد وتدريبهم لشرح ما هو المقصود بتبني فلسفة العمل.
- ٢- الحصول على المعلومات وتحليلها وتفسيرها، وذلك فيما يخص نوعية الخدمات المقترحة لأسواق منظمات الرعاية الصحية التي ينبغي أن تعمل معها بفعالية.
- ٣- مساعدة المديرين التنفيذيين في الخط الأول في تصميم الخطط الإستراتيجية التي تستخدم مثل هذه المعلومات وتنفيذها والحصول على المزايا التنافسية لمنظمات الرعاية الصحية.

٤- مراقبة الأداء واقتراح الأعمال التصحيحية عندما يُحتاج إليها.

٥- ضمان التأكد من أن مثل هذا التفكير التسويقي يتكامل في جميع أنحاء المنظمة.

سابعاً - إستراتيجية التسويق Marketing Strategy:

إن أهم مسؤولية تناط عادة بأخصائيي التسويق هي وضع إستراتيجية التسويق للمنظمة التي تحدد وتستغل المزية التنافسية Competitive Advantage في أسواق المنظمة - أى الشيء الخاص الذي تتميز به المنظمة أو تتصف به والذي يضيف عليها مرونة أو هامشاً تجاه المنافسين - وذلك لرفع مستوى أرباح المنظمة وعائداتها.

ولاستيعاب مفهوم المزية التنافسية وسبب دورها المركزي في إستراتيجية التسويق، يتطلب الأمر منا معرفة كيف ينظر أخصائيو التسويق إلى المنافسة. فأخصائيو التسويق الناجحون لا يرغبون في سحق منافسيهم، بل في كسب عملائهم. إضافة إلى إيجاد علاقة حميمة ومُرضية وطويلة الأمد مع عملائهم، بحيث لا يكون لهؤلاء العملاء أى رغبة أو مصلحة في النظر فى أية بدائل، مما يؤدي إلى الوصول إلى علاقة متينة لا يكون معها

انتقال العميل إلى منافس آخر ملائماً. وإنجاز هذا الهدف يتطلب استغلال المزية التنافسية المعتبرة وتحديدتها Significant Competitive Advantage^(٥٤).

هذا وقد ذكر "Cohnen" أنه ينبغي توافر الخصائص الأربعة التالية في أي مزية تنافسية لتكون قابلة لاستغلالها أو استثمارها^(٥٥):

١- المزية التنافسية ينبغي أن تكون حقيقية. وتمنّى وجودها لا يجعلها حقيقية. فقولك إن لديك أقل الأسعار لا يعنى أن هذا صحيح.

٢- المزية التنافسية ينبغي أن تكون ذات أهمية بالنسبة للعميل. فالمزايا التنافسية لا توجد إلا عندما تكون قابلة للترجمة أو التحول إلى منافع يتطلبها أو يبحث عنها العميل ويثمنها عالياً.

٣- المزية التنافسية ينبغي أن تكون دقيقة وواضحة. فقد لا يكفي أن تقول: نحن الأفضل. بل يجب أن تقول: الأفضل في ماذا؟ ولماذا؟ فعدم التحديد الواضح للعميل يتحول إلى مديح، لا إلى مزية تنافسية.

٤- ينبغي أن تكون المزية التنافسية قابلة للترويج. بمعنى أن يكون لديك القدرة على التحدث عن المزية التنافسية إلى العميل بلغة مفهومة وذات معنى حافز جداً.

ومن الإستراتيجيات التي يمكن تطبيقها في مجال الرعاية الصحية لتحقيق المزية التنافسية^(٥٦):

١- التمييز على أساس الجودة Differentiation On The Basis of Quality: الجودة أهمية كبيرة لجميع الأطراف في حقل الرعاية الصحية. ومن ثم يرغب كل القائمين على نظم الرعاية الصحية، في تمييز أنفسهم عن المنافسين الآخرين على هذا الأساس.

٢- المراجعة المستمرة لبدائل عقود أو خطط أو نظم تقديم الخدمات.

٣- تنويع الخدمات أو العروض Diversification المقدمة.

٤- العمل بأسلوب الشبكات Networking: وذلك بهدف رفع مستوى تغطية السوق Market Coverage، والظفر بالهيمنة في نظام تقديم الخدمة الصحية، وتوفير مدى واسع للرعاية والسيطرة المالية ضمن إطار داخلي من الشبكات عبر التكامل الأفقي في المنظمة.

وهناك من يتنبأ بأن شبكات الرعاية الصحية التكاملية Integrated Health Care Networks، لاسيما في الولايات المتحدة الأمريكية، سوف تسيطر أو تهيمن على جميع الأسواق، وذلك من حيث التنسيق فيما يتعلق بعقود إدارة المرضى، والحوافز المقدمة لمقدم الخدمة، ونظم المعلومات بدلاً من الاستثمار في العدد الكبير من المرافق والتسهيلات. ويغض النظر عن مستقبل سوق الرعاية الصحية، فإن الهدف من تكوين هيكل تكاملي هو كسب الميزة التنافسية Competitive Advantage.

٥- التميز في تقديم تخصصات أو برامج.

٦- ترابط الأطباء Physician Bonding: يمكن للمستشفيات أن تحقق ميزة تنافسية من خلال تشكيلها لبعض أنواع الترابط الرسمي مع الأطباء، لا سيما المتميزين منهم.

٧- أن تتصف المنظمة بتقديم خدماتها بأسعار قليلة التكلفة.

٨- تقليص حجم المرفق الطبى Down Sizing: يهدف الحد من حجم منظمات الرعاية الصحية إلى التخلص من السعة الزائدة مع التركيز على تحسين جودة العمليات التشغيلية. فالعديد من المنظمات يسعى إلى الحجم الصحيح الذى يوفر الميزة الاقتصادية المثلى مع العمل فى الوقت ذاته على تعزيز قدراتها على خدمة أسواقها.

ثامناً- عوامل نجاح تسويق خدمات الرعاية الصحية:

- يعتمد نجاح تسويق خدمات الرعاية الصحية على عدد من العوامل، أهمها^(٥٨،٥٧):
- ١- الارتقاء بمستوى عناصر المزيج التسويقي (الخدمة، والتعويض عن القيمة المقابلة لها، وسهولة الوصول إليها، والترويج لها).
- ٢- الاستفادة من مفاهيم بحوث التسويق وقواعده ونتائجه عند تصميم خدمات الرعاية الصحية وعند تقديمها.
- ٣- إعطاء موضوع التسويق أولوية فى النظام الإدارى للمنظمة.
- ٤- إتاحة الفرص لجميع وحدات التشغيل فى المنظمة للتدريب والتعليم فى مجال التسويق عن طريق الممارسة.
- ٥- تجنيد الإمكانيات والطاقات لخدمة العميل وإرضائه.

٦- اختيار المزيج الترويجى المناسب لطبيعة الخدمات الصحية. وتفيد دراسة " عبد الله جماعة " للعلاقة بين عناصر المزيج الترويجى والخدمات الصحية فى المملكة العربية

السعودية أن الأهمية النسبية لأهم عناصر المزيج الترويجي تأتي من وجهة نظر المستفيدين على الترتيب التالي: الأقارب والمعارف - حسن اختيار العاملين - الاهتمام بالمظهر العام للمنظمة الصحية - أساليب الاتصال بالمستفيدين والرد على استفساراتهم وحسن التعامل معهم - التعاقد مع المؤسسات - الملصقات واللافتات - الإعلانات والخطابات والمنشورات - الصحافة - الإذاعة - التلفاز. ولكن هذا لا يعنى من وجهة نظر الباحث ضرورة مراعاة الاختلافات فى الأهمية النسبية لعناصر المزيج التسويقي بين منطقة وأخرى، ومن بلد إلى آخر، وذلك لمراعاة التركيز على تلك العناصر الأكثر أهمية فى جذب المستهلكين وإثارة اهتمامهم.

٧- الاهتمام بالمظاهر الخارجية والديكور الداخلى ومظهر العاملين فى منظمات الرعاية الصحية لما لها من خصائص ترويجية مؤثرة فى تكوين انطباعات ذهنية ترويجية مرغوبة.

هوامش الفصل التاسع

- ١- أريك وبارى دايفز، **التسويق الناجح**، (ترجمة: مركز التعريب والبرمجة)، الطبعة الأولى (الرياض: الدار العربية للعلوم، ١٩٩٧)، ص ٨.
- ٢- المصدر السابق، ص ٨ - ٩.
- ٣- طلعت عبد الحميد، **الأسس والمفاهيم الحديثة للتسويق الفعال** (الرياض: مركز التدريب والتطوير فى الغرفة التجارية الصناعية بالرياض، بدون تاريخ)، ص ١٣.
- ٤- المصدر السابق، ص ١٣.
- ٥- عادل المهدي، **التسويق الخارجى وتحديات المنافسة الدولية** (القاهرة: مطابع لوتس، ١٩٩٣)، ص ٥.
- ٦- Jon Keith , "Marketing Health Care: What the Recent Literature Is Telling Us ", **Health Care Marketing: Issues and Trends**, 2nd ed., Edited by Philip Cooper (Rockville, Maryland: Aspen Systems Corporation , 1985), pp. 14-15.
- ٧- Ibid., p.15.
- ٨- Ibid., p.15.
- ٩- Jonathon Rakich, Beaufort Longest, and Kurt Darr, **Managing Health Services Organizations**, 3rd ed. (Baltimore, Maryland: Health Professions Press, 1992), p.314.
- ١٠- Ibid., p.314.
- ١١- Jon Keith , " Marketing Health Care: What the Recent Literature Is Telling Us ", **ibid.** , p15.
- ١٢- Mary Jane Schlinger , " Marketing Audits for Health Organizations: A Practical Guide ", **Health Care Marketing: Issues and Trends**, 2nd ed., Edited by Philip Cooper, **op.cit.**, p.137.
- ١٣- Ibid. , pp. 140-143.
- ١٤- Jonathon Rakich, Beaufort Longest, and Kurt Darr, **op.cit.**, pp. 314-315.
- ١٥- Ibid. , p.315.
- ١٦- طلال الأحمدي، **إدارة الجودة الشاملة: تطبيق إدارة الجودة الشاملة فى الرعاية الصحية وضمان استمرار الالتزام بها**، (كتاب مترجم)، الأصل لهيو كوش (الرياض: معهد الإدارة العامة ، ٢٠٠٢)، ص ٥٧ - ٥٩.
- ١٧- Jonathon Rakich, Beaufort Longest, and Kurt Darr , **ibid.** , p.318.

- Ibid. , p.315. -١٨
- Philip Kotler and Roberta Clarke , **Marketing for Health Care Organizations** (Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall Inc., 1987), pp.318-319. -١٩
- Mary Jane Schlinger, " Marketing Audits for Health Organizations: A Practical Guide ", **op.cit.**,p.142. -٢٠
- Jonathon Rakich, Beaufort Longest,and Kurt Darr, **op.cit.**, p.318. -٢١
- Ibid. , p.318. -٢٢
- Mary Jane Schlinger, "Marketing Audits for Health Organizations: A Practical Guide ", **op.cit.**,p.142. -٢٣
- ٢٤ لمزيد من التفصيل، انظر:
- طلال الأحمدي، **مصدر سابق**، ص ص ١٥١ - ١٦٢.
- Jon Keith , " Marketing Health Care: What the Recent Literature Is Telling Us ", **op.cit.** , pp.18-19. -٢٥
- ٢٦ أحمد الخضر، " المزيج الترويجي للخدمات الصحية في المؤسسات الطبية الخاصة بالتطبيق على منطقة القصيم "، **رسالة ماجستير**، جامعة الملك عبد العزيز، كلية الاقتصاد والإدارة، ١٤١٤هـ، ص ٥٢.
- Kenneth Clow , "Advertising Health Care Services:Commentary ", -٢٧
Journal of Health Care Marketing , Via Internet , March 1999 , p.9.
- ٢٨ أحمد الخضر، **مصدر سابق**، ص ٤٩.
- ٢٩ **المصدر السابق**، ص ٥١.
- ٣٠ **المصدر السابق**، ص ٥٠.
- Bruce Wrenn, "Health Care Marketing", **Handbook of Health Care Management** , Edited by W.Jack Duncan , Peter Ginter , and Linda Swayne (Malden, MA: Blackwell Publishers Inc.,1998), p.255. -٣١
- Aline Arnold , "The Big Bang Theory of Competition in Health Care -٣٢
", **Business Forum** , Vol.15, No.4,1991, pp.6-9.
- Bruce Wrenn , " Health Care Marketing " , **ibid.**,p.256. -٣٣
- Ibid. ,pp.256-257. -٣٤
- Ibid. , p.257. -٣٥
- Ibid. , p.257. -٣٦
- Aline Arnold , **op.cit.** ,pp.6-7. -٣٧

- Bruce Wrenn , *ibid.*, p.257. -٣٨
- Ibid.* , p.259. -٣٩
- Roice Luke and Robert Madrow , " Marketing and Accountability in -٤٠
Health Care " , Health Care Marketing: Issues and Trends , 2nd ed.,
Edited by Philip Cooper, *op.cit.*, pp.137-261.
- Bruce Wrenn , *ibid.*, p.260. -٤١
- ٤٢- أمين حسن، "الطلب على الخدمة الصحية ونظم تسويقها"، الإدارة، المجلد ٢٥، العدد
الثالث (القاهرة: اتحاد جمعيات التنمية الإدارية، يناير ١٩٩٣)، ص ص ٧٤-٧٦.
- Philip Kotler and Roberta Clarke , *op.cit.* , pp.7-9. -٤٣
- Bruce Wrenn , *op.cit.*, p.260. -٤٤
- Ibid.* , p.261. -٤٥
- ٤٦- لمزيد من التفصيل حول موضوع التوجه نحو التسويق، انظر في كتاب:
Jerome McCarthy and William Perreault, **Basic Marketing: A Man-
agerial Approach**, 10th ed. (Homewood, Illinois: Richard Irwin, 1990).
- Ajay Kohli and Bernard Jaworski, "Market Orientations: The Con- -٤٧
struct Research Propositions and Managerial Implications", **Journal
Of Marketing** , No.54, April 1990, p.6.
- Philip Kotler and Roberta Clarke , *op.cit.* , p.31. -٤٨
- Bruce Wrenn , *op.cit.*, pp.261-262. -٤٩
- Ibid.* , p.264. -٥٠
- Philip Kotler and Roberta Clarke , *op.cit.* , pp.32-35. -٥١
- Bruce Wrenn , *ibid.*, p.267. -٥٢
- Bruce Wrenn , Stephen LaTour ,and Bobby Calder , " Differences -٥٣
in Perceptions of Hospital Marketing Orientation Between Ad-
ministrators and Marketing Officers " , **Hospital and Health Ser-
vices Journal**, Vol. 39, No.3, 1994, pp.341-358.
- Bruce Wrenn , *ibid.*, p.269. -٥٤
- Ibid.*, p.270. -٥٥
- Ibid.*, pp.270-272. -٥٦
- ٥٧- عبد الله جماعة، " العلاقة بين عناصر المزيج الترويجي والخدمات الصحية بالتطبيق
على المستشفيات والمراكز الصحية الخاصة بالمنطقة الشرقية بالملكة العربية
السعودية، الإداري، السنة ١٩، العدد ٧١، ديسمبر ١٩٩٧، ص ص ٦٥-١٠٤.
- ٥٨- أحمد الخضر، مصدر سابق ورد ذكره، ص ص ١٣٦-١٤١.

مراجع الفصل التاسع

أولاً - المراجع العربية:

- ١- أحمد الخضر، " المزيج الترويجي للخدمات الصحية فى المؤسسات الطبية الخاصة بالتطبيق على منطقة القصيم "، رسالة ماجستير، جامعة الملك عبد العزيز، كلية الاقتصاد والإدارة، ١٤١٤هـ .
- ٢- أريك وبارى دافيز، **التسويق الناجح**، (ترجمة: مركز التعريب والبرمجة)، الطبعة الأولى (الرياض: الدار العربية للعلوم، ١٩٩٧).
- ٣- أمين حسن، " الطلب على الخدمة الصحية ونظم تسويقها "، الإدارة، المجلد ٢٥، العدد الثالث (القاهرة: اتحاد جمعيات التنمية الإدارية، يناير ١٩٩٣).
- ٤- طلال الأحمدى، **إدارة الجودة الشاملة: تطبيق إدارة الجودة الشاملة فى الرعاية الصحية وضمان استمرار الالتزام بها**، (كتاب مترجم)، الأصل لهيو كوش (الرياض: معهد الإدارة العامة، ٢٠٠٢).
- ٥- طلعت عبد الحميد، **الأسس والمفاهيم الحديثة للتسويق الفعال** (الرياض: مركز التدريب والتطوير فى الغرفة التجارية الصناعية بالرياض، بدون تاريخ).
- ٦- عادل المهدي، **التسويق الخارجى وتحديات المنافسة الدولية** (القاهرة: مطابع لوتس، ١٩٩٣).
- ٧- عبد الله جماعة، " العلاقة بين عناصر المزيج الترويجي والخدمات الصحية بالتطبيق على المستشفيات والمراكز الصحية الخاصة بالمنطقة الشرقية بالملكة العربية السعودية، الإدارى، السنة ١٩، العدد ٧١، ديسمبر ١٩٩٧ .

ثانياً - المراجع الأجنبية:

- 1- Ajay Kohli and Bernard Jaworski , " Market Orientations: The Construct Research Propositions and Managerial Implications " , **Journal Of Marketing** , No.54, April 1990,pp.1-8.
- 2- Aline Arnold , " The Big Bang Theory of Competition in Health Care", **Business Forum** , Vol.15,No.4,1991,pp.6-9.
- 3- Bruce Wrenn , Stephen LaTour ,and Bobby Calder , " Differences in Perceptions of Hospital Marketing Orientation Between Ad-

- ministrators and Marketing Officers ", **Hospital and Health Services Journal** , Vol.39, No.3, 1994, pp.341-358.
- 4- Bruce Wrenn , " Health Care Marketing " , **Handbook of Health Care Management** , Edited by W.Jack Duncan , Peter Ginter , and Linda Swayne (Malden , MA: Blackwell Publishers Inc.,1998).
 - 5- Jerome McCarthy and William Perreault , **Basic Marketing: A Managerial Approach**, 10th ed. (Homewood, Illinois: Richard Irwin,1990).
 - 6- Jonathon Rakich, Beaufort Longest,and Kurt Darr , **Managing Health Services Organizations** , 3rd ed. (Baltimore, Maryland: Health Professions Press , 1992).
 - 7- Jon Keith , " Marketing Health Care: What the Recent Literature Is Telling Us " , **Health Care Marketing: Issues and Trends** , 2nd ed., Edited by Philip Cooper (Rockville, Maryland: Aspen Systems Corporation , 1985).
 - 8- Kenneth Clow , "Advertising Health Care Services:Commentary", **Journal of Health Care Marketing** , Via Internet , March 1999 , p.9.
 - 9- Philip Kotler and Roberta Clarke , **Marketing for Health Care Organizations** (Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall Inc., 1987).

الفصل الخامس

إدارة الجودة في خدمات الرعاية الصحية Quality Management in Health Care Services

أشرنا في الفصل الرابع بإيجاز إلى أهمية أسلوب إدارة الجودة الشاملة، على أنه أحد الأساليب الإدارية الحديثة في تشغيل منظمات الرعاية الصحية على الوجه الأمثل، بهدف النهوض المستمر بفعالية خدماتها، وكفاءتها، وإنتاجيتها، ومستوى جودتها. ثم بينا دواعي اختيار هذا الأسلوب ومقومات نجاحه.

وسوف نتناول في هذا الفصل بالعرض والتحليل مفهوم أسلوب إدارة الجودة والتحسين، وأهمية تطبيقه في منظمات الرعاية الصحية، ومجالات تطويره الإداري من حيث تطوير المعرفة الداعمة لجهود تحسين الجودة، والتزام القيادات الإدارية العليا بتطبيق إدارة الجودة والتحسين، وبيان الأساليب التي تسهم في تسريع عملية تحسين الجودة، والتزام العاملين بتحسين الجودة وقيمها الجوهرية، ومنهمك الصلاحيات المناسبة لتحسين الجودة، مع عرض لأوجه الصعوبات المحتملة عند تطبيق إدارة الجودة والتحسين وأسلوب مواجهتها، وذلك على النحو التالي:

أولاً - مفهوم إدارة الجودة والتحسين ومبادئها الرئيسية:

تعد " إدارة الجودة الشاملة " نمطاً أمريكياً من أنماط الإدارة، ولا تعد نمطاً يابانياً، كما يعتقد البعض، على الرغم من أن جذورها تعود إلى " حلقات الجودة " التي ظهرت مبادئها في اليابان عقب الحرب العالمية الثانية، عندما أيقنت أن بناءها لدولة متطورة ذات اقتصاد قوى عالى الجودة، هو خيارها الوحيد لتجاوز دمار الحرب، وإزالة الفكرة التي كانت سائدة عن تدنى جودة المنتجات اليابانية.

ويعتمد أسلوب " حلقات الجودة " على اجتماع جميع العاملين في لقاءات أسبوعية منتظمة، لمناقشة لأئحة من الموضوعات ذات الصلة بسبل تحسين أماكن العمل، وجودة العمل في كل منها. وفي هذه اللقاءات يتم حفز العاملين إلى تحديد القضايا والمشكلات التي تعترض طريق بلوغ المستويات المتقدمة للجودة في كل مكان، ثم العرض والمناقشة للحلول الكفيلة بالتغلب عليها ومواجهتها.

ويقول " ريتشارد ويليميز " لقد انتقلت فكرة " حلقات الجودة " إلى أمريكا في السبعينيات، وحققت رواجاً كبيراً فيها في الثمانينيات. وفي ضوء نجاحها الباهر في اليابان، انتشرت داخل الصناعات الأمريكية مع آمال كبيرة كان الناس جميعاً يعلقونها على نتائجها الرائعة والفورية^(١).

ويشير "ويليميز" إلى أنه على الرغم من نجاح "حلقات الجودة" الملحوظ في اليابان في تحسين جودة الصناعات اليابانية، فإنها لم تحقق إلا نجاحاً ثانوياً في أمريكا، وكان لها أحياناً تأثير سلبي في الجودة. وبصفة عامة، قلَّ استخدام "حلقات الجودة" في أواخر الثمانينيات واختفت تقريباً بالسرعة ذاتها التي ظهرت بها. أما لماذا لم تنجح "حلقات الجودة" في أمريكا؟ فيمكن أن يُعزى ذلك، والكلام "لويليميز"، إلى سوء الطريقة التي استخدمت بها، لا لسبب جوهري في التقنية نفسها، فقد تعامل معها ميسِّرو أو منسقو حلقات الجودة الأمريكيون تعاملهم مع ندوة يمكن فيها تطبيق أى فكرة داخل الشركة^(٢).

عامه، تستهدف "حلقات الجودة" تحسين جودة المنتجات والخدمات المقدمة، وزيادة معدلات الإنتاجية، ومشاركة العاملين في صنع القرار، أما "إدارة الجودة الشاملة" فتستهدف إجراء تغيير شامل لنمط الإدارة من أجل زيادة الإنتاجية، وخفض التكاليف، وتوسيع دائرة مشاركة العاملين في صنع القرارات ذات الصلة بتحسين جودة المنتج أو الخدمة، وإدخال تحسينات هيكلية وإجرائية شاملة تتمحور أساساً حول التجاوب مع حاجات العميل ومتطلباته.

وقد عرّفها كل من "ستيفن كوهن ورونالد براند" على النحو الآتي^(٣):

- "الإدارة: تعنى تطوير إمكانات المنظمة والمحافظة عليها بهدف:

- تحسين الجودة تحسناً متواصلاً.

- الجودة: تعنى تلبية توقعات العميل والزيادة عليها.

- الشاملة: تتضمن تطبيق مبدأ تَوْخَى الجودة في جميع جوانب العمل، بدءاً بتحديد احتياجات العميل، وانتهاءً بالتقييم الدقيق لمعرفة هل كان العميل راضياً أم لا.

ويرى "ريتشارد ويليميز" أن إدارة الجودة الشاملة تُعبّر عن "أسلوب القيادة الذي يُنشئ فلسفة تنظيمية تساعد على الوصول إلى أعلى درجة ممكنة من الجودة في الإنتاج والخدمات"^(٤) وفقاً للظروف التي تخضع لها المنظمة. ويؤكد "ويليميز" أن الجودة ضمن فلسفة هذا النمط الإداري ليست هدفاً محدداً نحققه ونحتفل به ثم ننساه، بل تمثل الجودة هدفاً متغيراً، يتمثل في التحسين المستمر لجودة العمل^(٥).

وضمن هذا السياق، يرى "دنكن Duncan" وزملاؤه أن عبارتي "إدارة الجودة الشاملة Total Quality Management" و "التحسين المستمر للجودة Continuous

Quality Improvement" يستخدمان عادة لوصف الفلسفة الإدارية، والمعرفة، والمهارات المطلوبة لدعم الإدارة وتحسين الجودة التنظيمية^(٨). ويعود التركيز على إدارة الجودة والتحسين إلى التقدم المنطقي والعقلاني في علم الإدارة بهدف تحسين الأداء التنظيمي^(٧، ٨).

وتعتمد فلسفة "إدارة الجودة والتحسين" على استخدام أسلوب علمي مبنى على المعلومات الصحيحة والدقيقة لدراسة أساليب العمل في المنظمات، بما يؤدي على المدى الطويل إلى تحسين جودة العمل فيها، بالإضافة إلى اتباع نهج إداري في المتابعة والتوجيه يعتمد على العمل الجماعي، ويتم فيه التزام الإدارة العليا بالجودة التزاماً تاماً وكاملاً، من أجل تلبية احتياجات العملاء ومتطلباتهم وتوقعاتهم. ومن أهم مبادئ إدارة الجودة والتحسين^(٩):

- الجودة تتحسن باتباع أساليب حل المشكلات التي تكفل تشخيصها وتلاخط تقدمها.
- أن يتم تطبيق الجودة في جميع أنحاء التنظيم.
- الجودة تزداد تحسناً عندما يمنح الموظفون الصلاحية المناسبة التي تمكنهم من تحديد المشكلات وانتهاز فرص التحسين لمواجهتها.
- المستفيدون الداخليون والخارجيون هم المحركون الرئيسيون لمعايير الأداء وتوقعاته وتقييمه.
- بقي أن نشير إلى مسألة هامة وهي، أن أفكار إدارة الجودة والتحسين تركز على مركزية العمليات التشغيلية في المنظمة من خلال تمكين الموظفين من الإنجاز الأفضل من خلال منحهم الصلاحيات المناسبة، ودعم مبادراتهم ومحاولاتهم لتحسين أداء العمل. كما أن إدارة الجودة والتحسين تميز ذلك الأداء الذي لا يركز على الفرد بل على الجهد الجماعي عن طريق مستويات التنظيم كافة^(١٠).

ثانياً- أهمية إدارة الجودة والتحسين في منظمات الرعاية الصحية؛

يعد ضمان الوصول إلى مستويات عالية من جودة الرعاية الصحية أحد أهم المسؤوليات المباشرة لمقدمي خدمات الرعاية الصحية. فيما مضى، كانت تدار أعمال الجودة، وأساليب تحسينها، في منظمات الرعاية الصحية لاسيما في المستشفيات، من خلال تطبيق بعض الإجراءات، مثل التأكد من مدى الالتزام بقيم الممارسة المهنية، ومراجعة الرعاية المقدمة عن طريق النظراء.

أما اليوم، فيتركز الاهتمام بدرجة أكبر على فهم العوامل التى تؤدى إلى تحسين الجودة، مثل الاستعانة بالمراجعين الخارجيين، واللجان الطبية للتثبت من جودة الرعاية، بهدف الارتقاء بمستوياتها على نحو مستمر. ومن أمثلة المراجعين الخارجيين المتخصصين فى حقل الرعاية الصحية: المنظمات المهنية - Professional Organizations فى الولايات المتحدة الأمريكية، كالهيئة الطبية الأمريكية، والجهات المختصة باعتماد منظمات الرعاية الصحية، كالهيئة الأمريكية لاعتماد منظمات الرعاية الصحية.

ولا شك أن الدور الرئيسى لمنظمات المراجعة الخارجية، ينحصر بصورة رئيسية فى مراقبة الجودة، ووضع ضوابط لها، وتنظيمها من خلال مراجعة عملية تقديم الرعاية، وذلك لتقرير مسألة هل كان أداء مقدم الخدمة حسناً، أم هل يحتاج إلى لفت نظر لتجويد أدائه؟.

وقد عكفت بعض المنظمات المهتمة بالجودة فى الآونة الأخيرة - مثل الهيئة الأمريكية لاعتماد منظمات الرعاية الصحية - على مراجعة معايير الأداء المستخدمة لمنح جائزة مالكوم بالدريج الوطنية للجودة - Malcom Baldrige Quality Award التابعة لغرفة التجارة الأمريكية - للاستفادة منها فى تقييم أعمال الجودة فى منظمات الرعاية الصحية.

وعند الإجابة عن السؤال الذى قد يثار حالياً والمتعلق بتقديم الدليل على أهمية تطبيق أسلوب إدارة الجودة والتحسين فى منظمات الرعاية الصحية، أشارت بعض هذه المنظمات التى تبنت هذا الأسلوب إلى ما يلى^(١١):

- المنظمات راضية بدرجة أكبر عن جهود تحسين الجودة فيها.
- هذا الأسلوب يحسن ارتباط الأطباء بالمنظمة التى يعملون فيها.
- هذا الأسلوب يمنح الموظفين صلاحيات أوسع لتحسين جهود الجودة فيها.
- هذا الأسلوب له تأثير واضح فى زيادة ربحية المنظمة وفى إنتاجيتها.
- له تأثير واضح فى الاقتصاد فى التكاليف.

وتجدر الإشارة إلى أن معظم الدراسات أشارت إلى أن استخدام طرائق وأدوات إدارة الجودة والتحسين فى منظمات الرعاية الصحية كانت موجهة بصفة رئيسية إلى تحسين الأنشطة الإدارية وتلك الأنشطة الداعمة لرعاية المرضى، ولم تكن موجهة نحو العمليات السريرية^(١٢).

ثالثاً - مجالات التطوير الإدارى لإدارة الجودة والتحسين:

وفى مجال التطوير الإدارى لإدارة الجودة وتحسينها، يتفق كل من " أرنگتون -Arrington et.al. وآخرون، وبتالدين Batalden، وديمينغ Deming، وهامل Hamel، وبراهالاد " Prahalad على ضرورة توجّه التفكير الإدارى الحالى لمديرى المنظمات نحو المجالات الأربعة التالية^(١٣):

- تطوير المعرفة الداعمة لجهود تحسين الجودة.
- التزام القيادات الإدارية العليا بتطبيق إدارة الجودة والتحسين من أجل رفع جهود تحسين الأداء التنظيمى للجودة.
- اتباع الأساليب والأدوات التى تسهم فى تسريع عملية تحسين الجودة.
- التزام العاملين فى المنظمة بتحسين الجودة وقيمتها الجوهرية ومنحهم الصلاحيات المناسبة لتحسين الجودة.

وسوف نتناول فيما يلى كل مجال من المجالات السابقة بشىء من الإيضاح:

١- المعرفة من أجل التحسين Knowledge For Improvement:

يرى "ديمينغ Deming" أن إجراء تحسينات مستمرة للجودة يستدعى أن تلتزم المنظمة بالتطبيق الأمين لقيمها المهنية، وأن تسعى إلى توظيف الخبرات ذات السمعة المعرفية، والتى أطلق عليها اسم المعرفة العميقة Profound Knowledge، أو المعرفة من أجل التحسين. ومن هنا، يمكننا أن نستنتج أهمية دمج المعرفة المهنية بالمعرفة من أجل التحسين؛ للمساعدة على التحسين المستمر للجودة فى منظمات الرعاية الصحية.

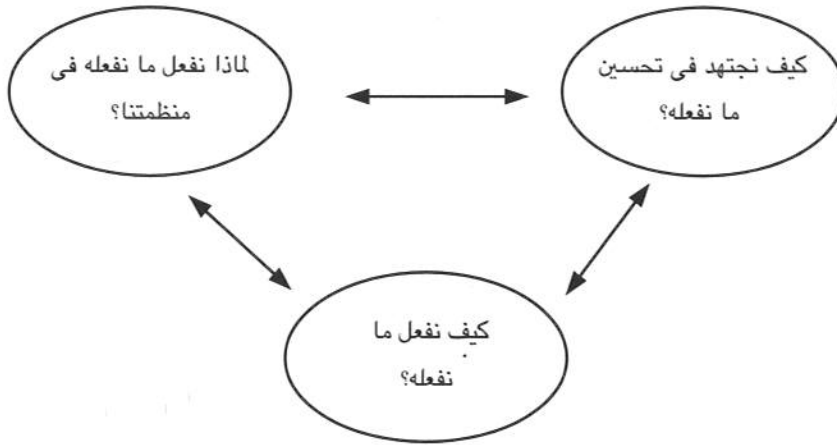
وتلخص الفقرات التالية أهم عناصر المعرفة من أجل التحسين - أو تلك المعرفة التى يطلق عليها اسم علوم التحسين Improvement Sciences:

- فهم النظم Understanding Systems: يبدأ أول علوم التحسين بعلم فهم النظم. فلكي نكون قادرين على التحسين، ينبغى أن نفهم أولاً هيكل النظام وعناصره (أو نظمه الفرعية) المتداخلة والمترابطة والتى تشاطر العناصر الأخرى الهدف العام ذاته^(١٤). وقد استحدث " باتالدين Batalden وزملاؤه " ثلاثة محاور صيغت فى أسئلة - كما يوضحها الشكل رقم (١) التالى - لتسهيل فهم جهود تحسين الجودة فى منظمات الرعاية الصحية^(١٥). ومحاور هذه الأسئلة تتمثل فيما يلى:

- لماذا نفعل ما نفعله في منظماتنا؟
- كيف نفعل ما نفعله؟
- كيف نجتهد في تحسين عملنا؟

الشكل رقم (١)

نظرة مبسطة من أجل فهم جهود تحسين الجودة في منظمات الرعاية الصحية*



*W. Jack Duncan , Peter M. Ginter , and Linda E. Swayne , **Handbook of Health Care Management** (Malden, MA: Blackwell Publishers Inc., 1998) , p. 292.

وللإجابة، مثلاً، عن سؤال: لماذا نفعل ما نفعله في منظماتنا؟ يرى "باتالدين وزملاؤه" أن الاهتمام الرئيسي في هذا المجال يتوجه نحو تحديد متطلبات البيئات التي تعمل فيها المنظمة، والاحتياجات الأساسية لتلبية متطلبات الرعاية الاجتماعية والصحية، وأفضليات المستفيدين الذين تخدمهم.

أما ما يتعلق بسؤال "كيف نفعل ما نفعله؟" فيجيب "باتالدين وزملاؤه" بالإشارة إلى أهمية مراجعة الأساليب والطرائق المستخدمة لسد احتياجات الرعاية الصحية والاجتماعية.

وفيما يختص بسؤال "كيف نجتهد في تحسين ما نفعله؟" فيجيب "باتالدين وزملاؤه" بأن محور اهتمام هذا السؤال يتركز على طبيعة الأداء التنظيمي الذي تريد المنظمة أن تحققه وصفته، ورؤيتها المستقبلية من أجل التحسين، وذلك من خلال وضع إستراتيجية للجودة فيها.

- فهم التغير Understanding Variation:

يرى "ديمينج Deming" أن فهم التغيرات التي تطرأ على الأشخاص والعمليات والمنتجات يعد عاملاً أساسياً لتمييز فروق التغير وتفسيرها بين وقت وآخر من أجل التحسين المستمر للجودة. فعلى سبيل المثال يفيد فهم فروق التغير في نتائج الرعاية الصحية المقدمة، باستخدام الإجراءات أو العلاجات المقارنة في تقرير نوع الرعاية التي ينبغي تقديمها^(١٦).

- فهم سلوكيات الأفراد:

يعد فهم العوامل المؤثرة في سلوك الفرد وإبداعه في التفكير أو التعبير ضرورياً من أجل إزالة الحواجز أو العوائق التي تؤثر في أداء عمله بهدف التحسين المستمر للجودة. وفي هذا المجال يمكن تمييز أربعة جوانب في علم سلوكيات الأفراد، تعد في غاية الأهمية في مجال التحسين المستمر للجودة. وهذه الجوانب هي كما يلي^(١٧):

- فهم عملية التفاعل بين جماعات العمل للتعرف على فعالية عملها.
- استيعاب أشكال النزاع والصراع بين جماعات العمل من مصادرها والعمل على حلها.
- دراسة الحوافز التي تؤدي إلى تحسين سلوك الفرد في أدائه لعمله.
- تشجيع الأفكار الجديدة والمبدعة لتحسين الجودة.

- استيعاب التطورات التي تطرأ على المعرفة:

يعد التعليم والتدريب المستمران من أهم الطرائق التي تُمكن الموظفين من مواكبة تطورات المعرفة في مجال إدارة جودة الرعاية الصحية وتحسينها.

٢- التزام القيادات الإدارية العليا بتطبيق إدارة الجودة والتحسين:

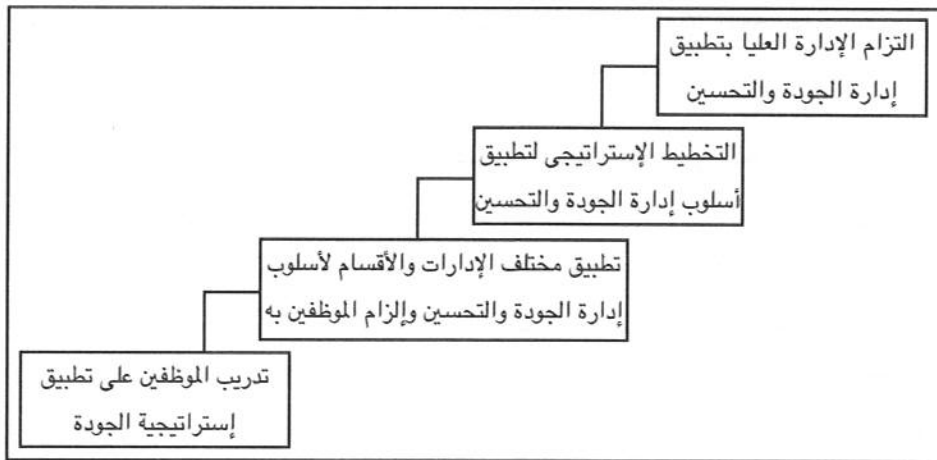
يعد التزام القيادة الإدارية العليا بتطبيق إدارة الجودة والتحسين في منظمات الرعاية الصحية من أهم عوامل نجاح هذا الأسلوب. ويتطلب ذلك مراعاة العناصر الأربع التالية:

- أ - اقتناع الإدارة العليا في المنظمة بتبنى أسلوب إدارة الجودة والتحسين، والالتزام به في جميع أعمالها، وإلزام الموظفين به بعد تطوير معارفهم ومهاراتهم الخاصة بالجودة.
- ب - وضع إستراتيجية للجودة في المنظمة تهدف إلى تحسين الأداء التنظيمي للجودة بها. ومن أهم الأمور التي ينبغي التنبيه إليها عند وضع هذه الإستراتيجية، ما يلي:
- تطوير أنموذج "إدارة الجودة" الخاص بالمنظمة الصحية.

- ربط "إستراتيجية الجودة" المقترحة للمنظمة بالمشكلات الحالية التى تواجه قضايا الجودة فيها.
- العمل على تكوين شعور عند الموظفين بأهمية مشاركتهم فى وضع مسودة هذه الإستراتيجية وتطويرها.
- ويوضح الملحق رقم (١) نموذجاً لإستراتيجية الجودة المقترحة لوحدة خدمات الرعاية الصحية فى "فال إيلسبرى Aylesbury Vale" فى المملكة المتحدة للاستهداء بها عند وضع إستراتيجية الجودة لمنظمة الرعاية الصحية^(١٨).
- ج - وضع خطة عملية لتطبيق الجودة على النحو الصحيح فى جميع مستوياتها التنظيمية مع المشاركة التامة فيها من قبل الموظفين على كل المستويات.
- د - تدريب الموظفين على كيفية تطبيق أسلوب إدارة الجودة والتحسين.
- ويظهر الشكل (٢) مراحل السريان الانسيابى لتطبيق هذا الأسلوب فى منظمات الرعاية الصحية من أعلى التنظيم فيها إلى أدناه^(١٩). كما يوضح الشكل رقم (٣) خطوات تطبيق إستراتيجية الجودة^(٢٠).

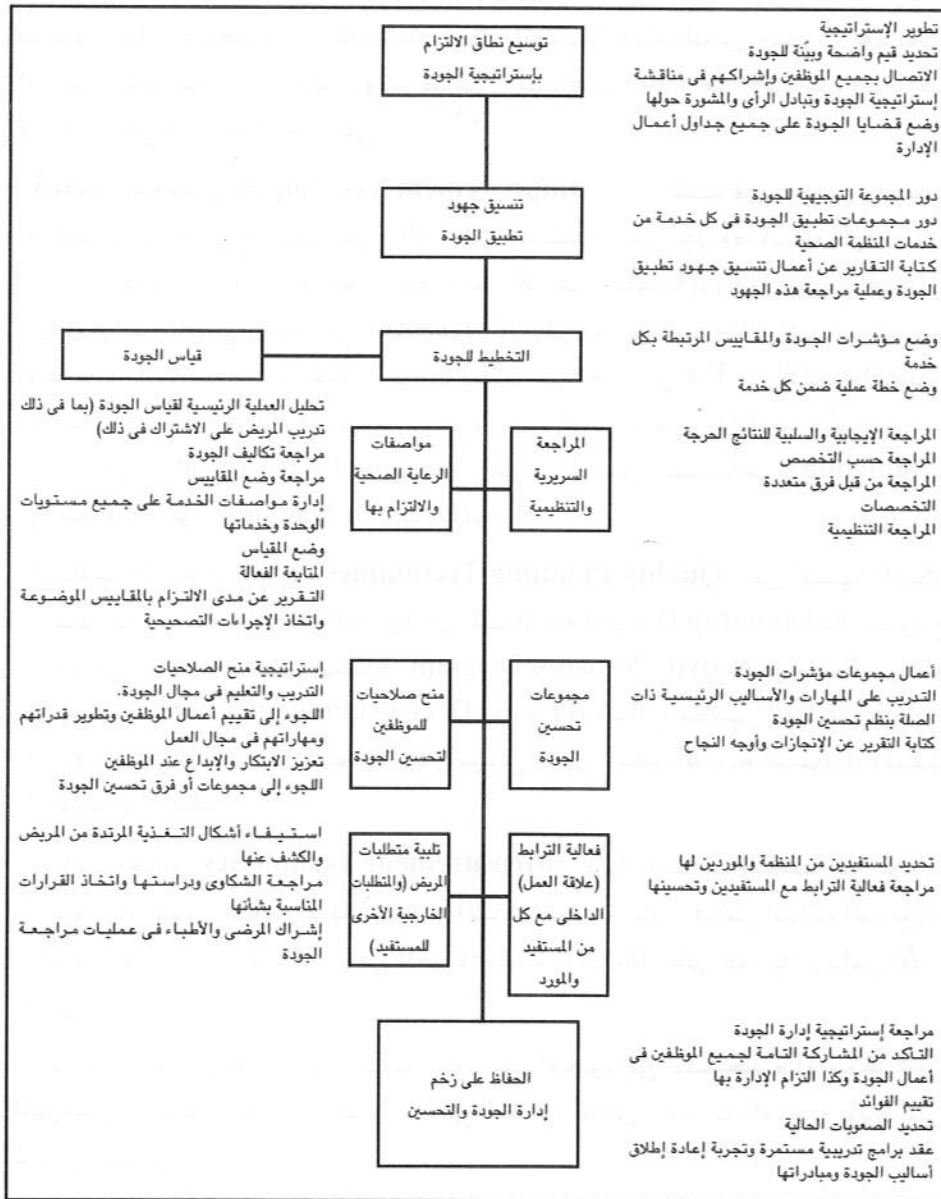
الشكل رقم (٢)

السريان الانسيابى لأسلوب إدارة الجودة والتحسين فى منظمة الرعاية الصحية*



* طلال الأحمدي، إدارة الجودة الشاملة: تطبيق إدارة الجودة الشاملة فى الرعاية الصحية وضمان استمرار الالتزام بها، ص ٥٣.

الشكل رقم (٣) خطوات تطبيق إستراتيجية الجودة*



* المصدر السابق، ص ٧٧.

٣- الأساليب المستخدمة في عملية تحسين الجودة:

يتوافر العديد من الأساليب المستخدمة في عملية تحسين الجودة في منظمات الرعاية الصحية. وقد استعيرت من علوم شتى، مثل: الهندسة، وعلم النفس، وبحوث العمليات، والتحليل الإحصائي وغيرها. وقد صنف " بليسك Plesk " أهم الأساليب الشائعة الاستخدام في هذا المجال فيما يلي (٢٤، ٢٣، ٢٢، ٢١):

– **أساليب التحسين Improvement Techniques**: من أمثلتها فرق تحسين الجودة ومشروعاته، ونماذج التحسين، والأدوات المستخدمة من أجل وصف العملية (مثل: خرائط التدفق، ونماذج العلاقة السببية بين السبب والنتيجة)، وأدوات جمع البيانات (مثل قوائم التقصى والفحص Checksheets، وقوائم البيانات، والمقابلات الشخصية، وعمليات المسح)، وأدوات تحليل البيانات (مثل: خرائط " باى Pie "، والأعمدة البيانية، وأشكال "باريتو Pareto"، ومقاييس النزعة المركزية، والأدوات المتقدمة مثل تصميم التجارب Design of Experiments، وأدوات العمل الجماعى Multivoting، ومصفوفات القرار (Decision Matrices).

– **أساليب التخطيط للجودة Quality Planning Techniques**: من أهمها الشكل الشبكي Affinity Diagram، وشكل العلاقة Relationship Diagram، ونموذج الشجرة، ونموذج شبكة النشاط Activity Network Diagram، وخريطة برنامج قرار العملية Process Decision Program Chart، ونماذج تحسين العملية، والنماذج المخصصة من أجل التخطيط الإستراتيجى (مثل: خطة الجودة السنوية)، وتحليل احتياجات المستفيد.

– **أساليب القياس Measurement Techniques**: منها الأساليب التقليدية في الرعاية الصحية، والإطار الخاص بنظام القياس الشامل للجودة؛ مثل: قياس النتائج السريرية، وقياس وجهات نظر المستفيدين في الجودة، وقياس الأداء الداخلى للعملية، وقياس الأداء المالى.

ويضاف إلى ما تقدم، من أساليب وطرائق، اللجوء إلى استخدام المستشارين الخارجيين. ويفضل تعيين مستشار داخلى التماساً لبعض الخبرات الخاصة بالتحسين المستمر للجودة.

٤- التزام العاملين بتحسين الجودة وقيمتها الجوهرية ومنحهم الصلاحيات المناسبة لتحسين الجودة:

تشير دراسة مراجع تطبيق المبادئ الأساسية للجودة، ومضامين قيمها الجوهرية، عبر الصناعات المختلفة، إلى توافق نسبى بينها. ويوضح الشكل رقم (٤)، القيم الرئيسية لفرد ما فى منظمة تطبق إدارة الجودة والتحسين بنجاح.

الشكل رقم (٤)

القيم الجوهرية لإدارة الجودة والتحسين*



* طلال الأحمدي، المصدر السابق، ص ٥٧.

ونعرض فيما يلى تطبيقات هذه القيم الجوهرية للجودة فى منظمة الرعاية الصحية حسب النموذج الوارد فى الشكل السابق^(٢٥):

١- خدمة المريض (والمستفيدين الآخرين) أولاً:

ينبغى أن تعزز الرعاية الصحية " خصوصية " أو " فردية " عنايتها الفائقة بالمستفيدين منها من خلال ترسيخها لأهمية القيمة الجوهرية لإدارة الجودة والتحسين والمتمثلة فى شعار "خدمة المريض أولاً".

وضمن هذا الإطار يمكن إثارة التساؤلات التالية:

- هل للمريض أولوية على الموظفين فى إيقاف سيارته أمام المستشفى؟

- هل يتوافر للمريض الخيار فى تحديد موعده مع الطبيب؟
- هل يتمتع المريض بحق الإعراب عن وجهات نظره فى العلاج المقدم له؟

٢- تحقيق توقعات المستفيد وما هو أكثر منها:

عندما يكون المتخصص (الذى يعمل فى مجال الخدمات السريرية) مُدرباً ومتمرساً فى عمله، يمكنه تعميم مشكلات الأفراد وسلوكياتهم، ومن ثم يكون قادراً على تصنيف هذه المشكلات وتلك السلوكيات، وترتيبها فى فئات مما يجعل عمله مهياً على نحو أفضل للاستجابة لتوقعات المستفيدين من خدماته إلى حد بعيد. ولكن بالنظر إلى تفاوت مستويات المهارات الفردية عند المتخصصين فى هذا المجال، ينبغى التعميم عليهم بضرورة اكتساب مهارة البحث الجاد عن أفضل الطرق ملائمة لتلبية توقعات عملائهم، والعناية الفائقة بها، بهدف زيادة رضا العملاء عن الخدمات المقدمة إليهم.

٣- أداء الخدمة على وجهها الصحيح من أول مرة:

إن النقطة الحيوية والمثيرة للاهتمام فيما يتعلق بضرورة تأدية الخدمة على وجهها الصحيح من أول مرة هى: ما الذى يفترض أن يحدث فى حالة عدم تقديم الخدمة على وجهها الصحيح من أول مرة؟ والجواب هو ببساطة: ينبغى تقديم الخدمة على وجهها الصحيح فى المرة الثانية فوراً. ويمكن اعتبار البحث عن أسباب الإخفاق فى تقديم الخدمة على وجهها الصحيح من أول مرة الخطوة الأولى نحو تطبيق إدارة الجودة والتحسين.

٤- خفض تكاليف الأعمال المتسمة بتدنى جودتها:

قد يشعر فريق من الناس أن مصطلحى الجودة والتكلفة مصطلحان متعارضان فى مضامين تطبيقاتهما اليومية، كالممرضة التى ترى أن الجودة لا تتحسن إلا عندما يتوافر تمويل أكثر للخدمات المقدمة من دون النظر إلى الموارد المبددة (أو المهدورة) من جراء عدم القدرة على بلوغ الأداء الصحيح من أول مرة. على أن القيمة الرئيسية التى ينبغى أن نستخلصها هى الاستفادة المستمرة من كل جهد ممكن، بهدف الحد من تكاليف فشل منظمة الرعاية الصحية فى تقديم خدمات ذات مستوى عالٍ من الجودة.

٥- دعم الأداء الجيد للموظفين ومنحهم الصلاحيات المناسبة لتحسين الجودة:

إن منظمة الرعاية الصحية الناجحة هى التى تكون قادرة على إشعار موظفيها، بمجرد حثهم أو دفعهم إلى أداء العمل، بأنهم يحظون بالاحترام والتقدير، أفراداً فاعلين فى فرق

العمل التى يتم تشكيلها لتحسين الجودة، وبأنهم يؤدون دوراً له أهميته فى تطبيق أسلوب إدارة الجودة والتحسين بنجاح فى الأقسام التى ينتمون إليها. ويقتضى ذلك منح الموظفين الصلاحيات التى تتناسب مع المسؤوليات والواجبات المنوطة بهم فى صد تحسين الجودة فى أدائهم لعملهم (ولزيد من التفصيل حول هذا الموضوع راجع تفويض السلطة فى الفصل الثالث).

رابعاً- أوجه الصعوبات المحتملة فى تطبيق إدارة الجودة والتحسين فى منظمات الرعاية الصحية:

هناك العديد من الصعاب التى تحول بين منظمات الرعاية الصحية وبين تبنيها لأسلوب فعال فى إدارة الجودة وتحسينها. فقد كشفت نتائج دراسة كل من " ويلكنسون Wilkinson" و "ويتشر Witcher" عن أن الأسباب الرئيسية لهذه الصعوبات الرئيسية تتمثل فيما يلى^(٢٦):

- قصر أجل فترة تطبيق هذا الأسلوب فى منظمات الرعاية الصحية.
- معظم منظمات الرعاية الصحية ذات هياكل تنظيمية غير مرنة تتعدد فيها المستويات التنظيمية وتتسم بالتسلط والمركزية الشديدة.
- وجود مديرين يعارضون تطبيق هذا الأسلوب لاسيما على مستوى الإدارة الوسطى.
- أما "كوش Koch" فقد فُتد أسباب هذه الصعوبات، وأضاف إليها الصعوبات التالية من واقع دراسته لتطبيق هذا الأسلوب فى الكثير من منظمات الرعاية الصحية فى المملكة المتحدة^(٢٧):

١- تَخَلَّى بعض الإدارات العليا عن الالتزام بتبني هذا الأسلوب على المدى الطويل لقصور رؤيتها فيما يتعلق بالإحاطة الكاملة به، فضلاً عن صعوبة التزامها بتنفيذ إستراتيجية الجودة فيها. ويرى أنه يمكن مواجهة ذلك بعقد حلقات عمل لكبار هيئة الموظفين لبيان أهمية الالتزام الثقافى بالجودة، وإظهار النتائج الإيجابية لتحسين الجودة فى المنظمة على المدى القصير نتيجةً لتطبيق إستراتيجية الجودة الطويلة الأجل.

٢- عدم وجود هياكل تنظيمية مرنة فى الكثير من منظمات الرعاية الصحية لتنسيق مختلف جهود الجودة فيها. ويوصى "كوش" فى هذا الصدد بإعادة تنظيم الهيكل التنظيمى بحيث يعكس طبيعة اعتبار الجودة جزءاً أصيلاً من وظيفة كل فرد فى

المنظمة، أى أنها ليست من الواجبات والمهام الإضافية أو الهامشية التى تضاف إلى أعمالهم.

٣- محدودية برامج التدريب التى تستهدف تنمية قدرات الموظفين ومهاراتهم فى مجال إدارة الجودة والتحسين تبعاً لفئاتهم ومستوياتهم الوظيفية لاسيما على مستوى تنمية المهارات الفنية فى أعمال الجودة. ويقترح تصميم هذه البرامج وإعدادها لتمكينهم من الانخراط بفعالية وحماسة فى أعمال تحسين الجودة. وأن تأخذ هذه البرامج صفة التعليم والتدريب المستمرين للتجاوب مع جهود التحسين المستمر للجودة.

٤- عدم وجود أهداف واضحة ومسؤوليات محددة للمجموعة التوجيهية لأعمال الجودة فى المنظمة. ويفيد " كوش " فى هذا المجال أن تطبيق إدارة الجودة والتحسين يتطلب جهوداً تنسيقية وإدارية كبيرة داخل المنظمة لتحسين الجودة على نحو مستمر فيها. ومن هنا يقترح إيجاد وحدة تنظيمية مختصة بإدارة الجودة بمهام وصلاحيات محددة تؤازرها مجموعة توجيهية لتحسين الجودة تكون ممثلة لجميع المجموعات المهنية، السريرية وغير السريرية فى المنظمة، وتكون مثل الإطار المرجعى لتنسيق جهود فرق العمل المشكلة لتحسين الجودة فى مختلف أقسام المنظمة ووحداتها والإشراف على حسن تطبيق إستراتيجية الجودة فيها.

٥- عدم وجود نظام معلومات فعال لدعم جهود تحسين الجودة بالبيانات والمعلومات المتعلقة بجودة الأداء لقصر فترة تطبيق أسلوب إدارة الجودة والتحسين فى أغلب منظمات الرعاية الصحية. ولذا يرى أنه ينبغى أن تستجيب هذه النظم لتزويد فرق تحسين الجودة والمهتمين الآخرين بها بالمعلومات الضرورية والمتكاملة عن الجودة من مصادرها المختلفة فى المنظمة.

وفى ضوء ما سبق، يمكننا أن نقول إن تطبيق إدارة الجودة والتحسين، فى منظمات الرعاية الصحية، تكتنفه فى العادة صعوبات وعوائق يغلب أن تكون عادية أو طبيعية. ويمكن لهذه الصعوبات أو العوائق أن تختفى إذا تم التصدى لها بروية وحزم وتوافرت الإرادة الصادقة لمواجهتها.

ملحق رقم (١) خدمات الرعاية ذات الأولوية في فال إيلسبرى

Aylesbury Vale Priority Care Services

إستراتيجية عمل لتطبيق الجودة

١- مقدمة:

تقدم وحدة "فال إيلسبرى" الصحية، خدمات صحية على مستوى عالٍ من الجودة في مجالات الصحة العقلية، والتعامل مع أشكال التعوق العقلى، والتأهيل الطبيعى، وعلاج الآلام المزمنة، والرعاية الصحية العامة للمجتمع. وتفيد الخطوط العريضة الواردة في ملخص مجلس أمناء هذه الوحدة لتطبيقات برنامج الجودة فيها (أبريل ١٩٩١م)، أن الوحدة تستمر في تلبية الاحتياجات الصحية المحلية والتثقيفية، الحالية منها والمستقبلية، وكذلك تلبية احتياجات العاملين فيها ومكافأته، وذلك لتحسين جودة الخدمة فيها من خلال تطبيق إستراتيجية عمل بعنوان " نحو جودة شاملة " .

٢- الجودة الشاملة:

إن المبدئين اللذين نسترشد بهما في موضوع الجودة الشاملة هما تمنياتنا بتقديم أفضل خدمة ممكنة لزملائنا في كل الأوقات، وذلك من خلال دعم الاحتراف المهني لموظفينا وتعزيزه. على أن هذا الالتزام بالمستوى العالى للخدمات في وحدة " فال إيلسبرى " الصحية يقتضى أن تُقدّم جميع جوانب الخدمة بأفضل مستوى ممكن. وينبغى للوحدة تلبية احتياجات المجتمع المحلى فى منطقة الخدمة. وينبغى أن تؤدى الجهود المقدمة باستمرار من قبل الموظفين العاملين فى كل من الخدمات السريرية وغير السريرية إلى تحسين هذه الخدمة. ويمكن وصف هذه الجهود من خلال ما يلى:

- وجود التزام إدارى، وقيادة فعّالة، لتحسين جودة السلوك العام أو البيئة الثقافية للوحدة الصحية، وإشراك الموظفين والمرضى والمهتمين الآخرين فى عملية تحسين الجودة.
- وضع أو تأسيس نظم لتحسين الجودة (مثل: وضع المقاييس، والمراجعة والتدقيق فى الإجراءات والأعمال المقدمة، وتكاليف الجودة) لمراقبة الجوانب الرئيسية للرعاية والخدمة

المقدمة من قبل جميع فرق العمل المشكّلة فى الوحدة الصحية وجميع أقسامها ومراجعتها.

- تسهيل فعالية فرق العمل فى الوحدة، والتعاون بين أفرادها، وتقدير الموظفين المتميزين فيها، وتقديم التدريب المناسب لهم، والعمل على دعمه.
- ضمان جودة الخدمات المقدمة، والارتقاء بمستوياتها، بما يضمن تلبية توقعات المشاركين ببالص التأمين الصحى عن طريق العملية التعاقدية بين الوحدة الصحية وبينهم.

٣- عناصر الإستراتيجية:

تشمل إستراتيجية الجودة الشاملة للوحدة الصحية العناصر التالية:

- إستراتيجية الإدارة - وتتضمن ما يلى:

- تشكيل لجنة تنفيذية من قبل مجلس إدارة الوحدة الصحية لاتخاذ القرارات التى تضمن السرعة والفعالية فى تطوير مبادرات الجودة وتنسيقها.
- أن يكون هناك تبادل للأفكار والآراء بين العاملين فى كل الوحدة الصحية حول مبادرات الجودة وبيان مدى التقدم فيها. ويعد تشكيل فرق التحسين وتدريب الميسرين أساساً مهماً لذلك. وقد يكون من المفيد الاستعانة بمرشد (استشارى) خارجى لتسهيل وضع إستراتيجية الإدارة فى مراحلها الأولية.
- إستراتيجية الاتصال أو التواصل بين المريض وموظفى الوحدة الصحية - وتشتمل على ما يلى:

- ستقوم الوحدة الصحية بوضع خطة تفصيلية وواضحة لتبادل الأفكار والآراء مع الأفراد الذين تعمل فى خدمتهم (المرضى، والمعنيين بالأمر، والممارسين العاملين). وسوف تحدد هذه الخطة احتياجاتهم الخاصة بخدمات الرعاية الصحية المقدمة، كما تحدد مدى رضاهم عنها، بما يتوافق مع ميثاق حقوق المرضى. كما سوف تأخذ الخطة بعين الاعتبار، أيضاً، تلبية احتياجات المستفيدين الداخليين فى الوحدة الصحية، أى مجموعة الموظفين السريريين والموظفين الإداريين العاملين فى الوحدة الصحية.

- وضع مقاييس للجودة، والقيام بأعمال المتابعة المستمرة والمراجعة الطبية: سوف تتضمن نظم الحفاظ على تحسين الجودة ما يلي:
- وضع مقاييس للجودة قابلة للقياس ومعتمدة.
- المتابعة المستمرة للأداء، وذلك للتأكد من الالتزام بالمقاييس الموضوعية.
- المراجعة الطبية والتمريضية، وكذا مراجعة الأنداد لإجراءات التشخيص والعلاج بما فى ذلك متابعة النتائج الإيجابية والسلبية للرعاية والخدمات المقدمة.
- إدخال تحسينات محددة مسبقاً للجودة.
- تكاليف الجودة وبيان الموارد المبددة (أو المهدورة):

يعد تحديد التكاليف الخفية المستمرة التى تشير إلى مستوى متدنٍ للجودة أينما وجدت أمراً فى غاية الأهمية. ويمكن مواجهة ذلك، إما بزيادة وعى الموظفين لهذه التكاليف، وحفزهم إلى العمل على الحد منها، من خلال اللجوء إلى طرائق تقييم أفضل لأدائهم واتخاذ سلسلة من الإجراءات لتجنب هذه التكاليف، أو بتخصيص بعض الأموال بهدف استثمارها فى التخطيط للجودة، بما يتناسب مع الاقتصاد فى التكاليف قدر الإمكان، والاستفادة المناسبة من الاقتصاد، سواء فى الوقت أو الموارد المالية، بإعادة استثمارها أو توظيفها مرة ثانية، فى أعمال ذات صلة بالنهوض بمستويات الجودة، وتقدير الموظفين المبدعين والمتميزين فى أعمالهم، ومكافأتهم.

- معلومات الإستراتيجية والقياس:

ومما يدخل فى باب عناصر إستراتيجية الجودة أن يتم التأكد من جمع البيانات الملائمة ذات الصلة بالجودة، وتحليلها، وإخراجها بصورة معلومات إدارية، بهدف أن يكون جميع الموظفين على دراية تامة باتجاهات مؤشرات الجودة فى الوحدة الصحية، وارتفاع مستوياتها.

- الارتقاء بأعمال الفرد وفرق العمل:

يجب أن يكون الموظفون سواء العاملون منهم على نحو فردى (كالعاملين فى مجال الرعاية التمريضية)، أو بصورة جماعية كأعضاء الفرق ذوى التخصصات المتعددة (كالمعالجين والأخصائيين السريريين)، موضع التقدير والاحترام والدعم من قبل مديريهم

وزملائهم في العمل؛ إذ يعد تعزيز التقييم الإيجابي الخاص بكل منهم، والعمل على تنمية قدراتهم الشخصية عن طريق التدريب الصحيح، في ضوء توفير الإمكانيات المناسبة لذلك، بالإضافة إلى دعم الوحدة لبرنامج الأبحاث والتطوير، بهدف الوصول إلى أنسب الوسائل للارتقاء بأعمال الموظفين، عنصراً أساسياً في إستراتيجية الجودة لتحسين جودة العمل في الوحدة الصحية.

- تسويق الخدمة وزيادة الموارد:

مع التزايد المطرد للإدارة الجيدة للخدمات، والنهوض بمستوى جودتها، سوف تصبح الوحدة الصحية قادرة على تقدير قدراتها التسويقية، وبالتالي تتمكن من اجتذاب عائد، أو دخل إضافي من المشتريين القريبين. وسوف يسهل إدراك هذه الإمكانية على الوحدة الصحية القيام بأعمال التطوير المرغوب إدخالها على الخدمات السريرية.

٤- المسؤوليات المنوطة بالطاقم الإداري لتطبيق إستراتيجية الجودة:

تناط بمدير عام الوحدة الصحية، ومجلس إدارتها، وبوجه خاص مدير وحدة التمريض فيها، في العادة، مسؤولية تطبيق إستراتيجية الجودة. وهؤلاء هم الذين يدعمون جميع المديرين والأخصائيين السريريين في تنفيذ أنشطة الجودة أو فعاليتها في الخدمات التي يرتبطون بها. ويعتمد نجاح الانتقال نحو الجودة الشاملة، على حماس جميع العاملين في الوحدة الصحية ومشاركتهم.

٥- برنامج قصير الأجل لتطبيق إستراتيجية الجودة*:

تاريخ التنفيذ أو البدء	فعاليات البرنامج
٩١/٦ م	١- الانتهاء من وضع إستراتيجية الجودة.
٩١/٨ م	٢- وضع إستراتيجية للاتصالات.
٩١/١٠ م	٣- مناقشة الإستراتيجية مع جميع الموظفين عن طريق مجموعات إدارة الخدمات المختلفة، وتليها محاضرات تدريبية على أساس فصلى (أى كل أربعة أشهر) لتعزيز المبادئ الرئيسية للإستراتيجية وللتنمية المستمرة لمهارات الموظفين.
٩١/٨ م	٤- تشكيل فرق تحسين الجودة لجميع خدمات الوحدة الصحية، واختيار أو ترشيح من يقوم بتسهيل أعمال هذه الفرق فى كل من:
٩١/٩ م	أ- خدمات التعوق العقلى.
٩١/٩ م	ب- خدمات الطوارئ والحوادث.
٩١/١٠ م	ج- خدمات التأهيل الطبيعى.
٩١/١٠ م	د- خدمات صحة المجتمع.
٩١/١١ م	هـ- خدمات الصحة العقلية للبالغين.
٩١/١١ م	و- خدمات علاج الآلام المزمنة.
٩١/١٠ م	٥- تقديم تدريب لمن سيعهد إليهم بتسهيل أعمال الفرق.
٩١/١٠ م	٦- العمل على وضع مقاييس شاملة للجودة ومتابعة الإستراتيجية.
٩١/١٠ م	٧- تطوير إستراتيجية تكاليف الجودة.
٩١/١١ م	٨- إعداد عرض لتمويل الجودة من ميزانية الوحدة الصحية.
٩١/١١ م	٩- التأكد من الانتهاء من تشكيل حلقات الجودة فى جميع مجموعات الرعاية أو العناية.
٩٢/١ م	١٠- مراجعة مبادرات الجودة الراهنة.
٩٢/٣ م	١١- توضيح تفصيلى لبرنامج تحسين الجودة الذى سيتم تنفيذه خلال السنوات الثلاثة المقبلة فى جميع مجموعات الرعاية ووظائف الوحدة الصحية وأعمالها.
٩٢/٥ م	١٢- إجراء مراجعة إستراتيجية الجودة الشاملة للسنة الأولى.

* مصدر الحالة:

John Sabugueiro & Hugh Koch, Manor House, Bierton Road, Aylesbury, July 1991.

** ترجمة د. طلال الأحمدى بموافقة الناشر، المصدر السابق، ص ٦٧.

هوامش الفصل العاشر

- ١- ريتشارد ويليمز، أساسيات إدارة الجودة الشاملة، الطبعة الأولى (الرياض: مكتبة جرير، ١٩٩٩)، ص ٦.
- ٢- المصدر السابق، ص ص ٦-٧.
- ٣- ستيفن كوهين ورونالد براند، إدارة الجودة الكلية في الحكومة: دليل عملي لواقع حقيقي، ترجمة د. عبد الرحمن هيجان (الرياض: معهد الإدارة العامة، ١٤١٨هـ)، ص ٧.
- ٤- ريتشارد ويليمز، مصدر سابق ورد ذكره، ص ٦.
- ٥- المصدر السابق، ص ٣.
- ٦- W. Jack Duncan , Peter M. Ginter , and Linda E. Swayne , **Hand-book of Health Care Management** (Malden , MA: Blackwell Publishers Inc., 1998) , p. 286.
- ٧- Ibid., p.286.
- ٨- Kenneth Brannan , " Total Quality in Health Care " , **Production and Inventory Management Journal** , 2nd Quarter ,1997, pp.69-73.
- ٩- طلال الأحمدى، إدارة الجودة الشاملة: تطبيق إدارة الجودة الشاملة في الرعاية الصحية وضمان استمرار الالتزام بها، (كتاب مترجم)، الأصل لهيو كوش (الرياض: معهد الإدارة العامة، ٢٠٠٢)، ص ص ٣٦-٣٩.
- ١٠- المصدر السابق، ص ص ٣٩-٤٠.
- ١١- W. Jack Duncan, Peter M. Ginter, and Linda E. Swayne, **op.cit.**, p. 305.
- ١٢- لمزيد من التفصيل، انظر:
 طلال الأحمدى، مصدر سابق، ص ص ٦-٨، ١٠٠-٢٠٤.
- ١٣- W. Jack Duncan , Peter M. Ginter , and Linda E. Swayne, **ibid.**, p. 290.
- ١٤- Ibid.,p.291.
- ١٥- Ibid.,pp.292-293.

A.G. Mulley, **Improving Clinical Practice** (San Francisco: Jossey -١٦ Bass Inc., 1995), pp.74-75.

W. Jack Duncan, Peter M. Ginter , and Linda E. Swayne, **ibid.**, pp. -١٧ 294-295.

١٨- طلال الأحمدى، مصدر سابق، ص ص ٤١-٤٤.

١٩- المصدر السابق، ص ٣٣.

٢٠- المصدر السابق، ص ٥٥.

٢١- لمزيد من التفصيل حول الأساليب المستخدمة في عملية تحسين الجودة، انظر:

المصدر السابق، ص ص ٢٤١-٢٧٥، ٢٨٢-٣١٨.

٢٢- وكذلك، انظر في كتاب:

ريتشارد ويليمز، مصدر سابق ورد ذكره، ص ص ٦٩-٨١.

٢٣- وانظر، أيضاً، فى مقالة:

Paul Plesk, "Techniques for Managing Quality", **Hospital and Health Services Administration Journal**, Vol 40, No.1, Spring 1995.

W. Jack Duncan , Peter M. Ginter , and Linda E. Swayne , **op.cit.**, -٢٤ pp.300- 302.

٢٥- المصدر السابق، ص ص ٣٦-٣٩.

W. Jack Duncan , Peter M. Ginter , and Linda E. Swayne , **op.cit.**, -٢٦ pp. 306- 307.

٢٧- طلال الأحمدى، مصدر سابق، ص ص ٤٣٧-٤٤٧.

مراجع الفصل العاشر

أولاً - المراجع العربية:

- ١- ستيفن كوهين ورونالد براند، إدارة الجودة الكلية فى الحكومة: دليل عملى لواقع حقيقى، ترجمة د. عبد الرحمن هيجان (الرياض: معهد الإدارة العامة، ١٤١٨هـ).
- ٢- ريتشارد ويليمز، أساسيات إدارة الجودة الشاملة، الطبعة الأولى (الرياض: مكتبة جرير، ١٩٩٩).
- ٣- طلال الأحمدى، إدارة الجودة الشاملة: تطبيق إدارة الجودة الشاملة فى الرعاية الصحية وضمان استمرار الالتزام بها، (كتاب مترجم)، الأصل لـ هيو كوش (الرياض: معهد الإدارة العامة، ٢٠٠٢).

ثانياً - المراجع الأجنبية:

- 1- A.G. Mulley, **Improving Clinical Practice** (San Francisco: Jossey Bass Inc., 1995).
- 2- Kenneth Brannan, "Total Quality in Health Care ", **Production and Inventory Management Journal**, 2nd Quarter, 1997, pp.69-73.
- 3- Paul Plesk, "Techniques for Managing Quality", **Hospital and Health Services Administration Journal**, Vol 40 , No.1, Spring 1995.
- 4- W. Jack Duncan, Peter M. Ginter, and Linda E. Swayne, **Handbook of Health Care Management** (Malden, MA: Blackwell Publishers Inc., 1998).

الفصل التاسع عشر

القوى العاملة الصحية

Health Care Manpower

لقد أدى النمو المطرد فى أعداد وحدات الخدمات الصحية فى كثير من دول العالم إلى تزايد الطلب على القوى العاملة الصحية فى مختلف فئاتها ونوعياتها ومستوياتها. وقد انعكس ذلك على تزايد أعداد الملتحقين ببرامج التعليم الطبى، والتعليم الطبى التئنى والصحى، والتمريض لمواكبة ذلك الطلب.

وفى المملكة العربية السعودية أسهمت خطط التنمية المتعاقبة لاسيما فى مراحل استكمال شبكة الخدمات الصحية إلى ارتفاع الطلب على القوى العاملة الصحية بصورة لم تتمكن القوى العاملة الصحية الوطنية من مواكبته؛ مما أدى إلى ضرورة الاستعانة بأعداد كبيرة من القوى العاملة الصحية الأجنبية لإدارة تلك الشبكة وتشغيلها. ومن هنا تبدو أهمية هذا الفصل فى التعريف بفئات القوى العاملة الصحية الرئيسية وأنواعها ومستوياتها، وإبراز أهميتها، ومفهوم التخطيط لها ومجالاته، وبيان كيفية القيام بهذه العملية، وأهم الأساليب المستخدمة فى ذلك لتقدير الاحتياجات من هذه القوى، مع عرض لأوضاع القوى العاملة الصحية الوطنية السعودية وسبل تنميتها وتطوير قدراتها ومهاراتها للارتقاء بمستوى أدائها حسب فئاتها المختلفة، وذلك على النحو الآتى:

أولاً - فئات القوى العاملة الصحية:

تعد القوى العاملة الصحية أحد أهم الموارد الرئيسية لنظام الرعاية الصحية المعنية بتقديم مختلف أنواع خدمات الرعاية الصحية المطلوبة لتلبية احتياجات السكان الصحية. وتشمل هذه القوى أولئك الأشخاص العاملين فى خدمات الرعاية الصحية الشخصية، وخدمات الصحة العامة، مثل: الأطباء البشريين، وأطباء الأسنان، والصيدلة، وأعضاء هيئات التمريض، والاختصاصيين والتقنيين والمساعدين فى مجالات التصوير الطبى والتحاليل الطبية، والتغذية، والعلاج الطبيعى، والعلاج الوظيفى Functional Therapy، والبصريات، وصحة البيئة، والعناية بالأسنان، والأجهزة الطبية الحيوية.

وبسبب العدد الكبير من المتخصصين فى مختلف ميادين الرعاية الصحية، وارتفاع تكاليف تعليمهم، وتدريبهم، وأجورهم، ومرتباتهم فى أغلب دول العالم، واستحواذهم على النصيب الأكبر من ميزانية القطاع الصحى - فإن قضايا أو مسائل هذه القوى تشغل أهمية قصوى لتعظيم الاستفادة من طاقاتهم وكفاياتهم وتنمية قدراتهم ومهاراتهم ليكونوا دائماً عند مستويات أعلى. ونعرض فيما يلى أهم فئات القوى العاملة الصحية:

١- الأطباء Physicians:

يعتبر الأطباء العماد الرئيسى لفرق الرعاية الصحية. وهم الممارسون الوحيدون المرخص لهم من قبل جهات الاختصاص بالدولة لتشخيص المشكلات الطبية وعلاجها.

وتتراوح فترات إعدادهم الجامعى - فى كليات الطب - ما بين ست إلى ثمانى سنوات للحصول على شهادة بكالوريوس الطب والجراحة. فعلى سبيل المثال، تبلغ مدة دراسة الطب البشرى فى أغلب الدول العربية وأوروبا ست سنوات بعد شهادة الثانوية العامة، فى حين تبلغ مدة الدراسة فى أمريكا وكندا خمس سنوات بعد شهادة تحضير الطب Pre-medicine أو بعد شهادة بكالوريوس العلوم أو ما يعادلها.

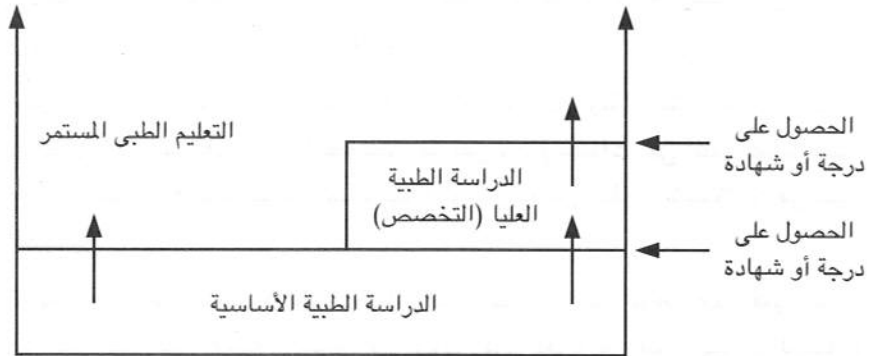
وفيما يتعلق ببرامج التعليم والتدريب الطبى العالى، فهى تشمل تلك البرامج المعتمدة من قبل مجالس التعليم الطبى العالى التى تتيح للأطباء فرصة الحصول على مؤهل أعلى أو إتمام مرحلة جديدة من مراحل التدريب التخصصى وفق شروط ومتطلبات. ومن أمثلة هذه المجالس: المجلس العربى للدراسات الطبية العليا التابع لجامعة الدول العربية، ومجلس اعتماد التعليم الطبى العالى فى الولايات المتحدة الأمريكية Accreditation Council For Graduate Medical Education التابع للهيئة الطبية الأمريكية The American Medical Association. هذا، وتعتبر السنة الأولى بعد كلية الطب لمعظم برامج التخصص الحالية مثل السنة الأولى للدراسات العليا، والتى يتبعها سنتان دراسيتان فى برنامج الإقامة التخصصى^(١).

وتعبر كلمة زميل Fellow عن طبيب مقيم فى برنامج تخصصى فرعى. وتتبع برامج التخصص الفرعية التدريبية Subspecialty أو برامج الزمالة برامج إقامة فى التخصص العام فى أحد المستشفيات المعتمدة من قبل المجلس الطبى المعنى (سواء أكان مختصاً فى الطب الباطنى أو الجراحة أو طب الأسرة). فعلى سبيل المثال، ينهى الأطباء المقيمون ثلاث سنوات فى الباطنية العامة قبل دخولهم برنامجاً لمدة سنتين فى تخصص الأمراض المعدية^(٢). ويعتبر الحصول على شهادة المجلس الطبى المعنى " المسماة بالبورد Board Certification"، أو أحقيته فى الحصول على شهادة المجلس بنهاية الفترة التدريبية التخصصية شرطاً مسبقاً لإطلاق لقب طبيب أخصائى Specialist عليه^(٣).

وينبغى الإشارة هنا إلى ضرورة التفريق بين التعليم والتدريب الطبى العالى من أجل الحصول على مؤهل أو درجة علمية تخصصية والتعليم الطبى المستمر الذى يهدف إلى

مساعدة الأطباء سواء أكانوا ممارسين عامين أو أطباء متخصصين على المحافظة على كفاءتهم المهنية وتطويرها^(٤). ويوضح الشكل رقم (١) مراحل الدراسة الطبية وبداية التعليم الطبي المستمر.

الشكل رقم (١)
مراحل الدراسة الطبية وموقع التعليم الطبي المستمر^(٥)



ويوضح الجدول التالي المجالات التخصصية الرئيسية للأطباء وأهم أنواع التخصصات الطبية ضمن كل مجال:

المجال التخصصي	أهم أنواع التخصصات الطبية
١- الطب الباطني:	باطنة عامة - طب الأسرة والمجتمع - أمراض الجهاز الهضمي - الأمراض الجلدية - الصحة النفسية - طب الطوارئ - طب الأطفال - أمراض القلب - الأمراض الصدرية - الأمراض المعدية وأمراض المناطق الحارة Tropical Diseases - أمراض الكلى - الأعصاب - الأمراض الروماتيزمية - Rheumatology - أمراض الدم والأورام - أمراض الغدد الصماء والسكري - أمراض النساء والتوليد.
٢- الجراحة:	الجراحة العامة - جراحة العظام - جراحة العيون - جراحة الأنف والأذن والحنجرة - جراحة المسالك البولية - جراحة المخ والأعصاب - جراحة الصدر والقلب - جراحة التجميل.
٣- الخدمات الطبية المساعدة:	العلاج الطبيعي والتأهيل الطبي - التخدير - الطب النووي - الأمراض السريرية المخبرية Clinical Pathology - الأشعة التشخيصية - الطب الشرعي
٤- خدمات الصحة العامة:	الصحة العامة - صحة الغذاء - الصحة الصناعية والمهنية - الصحة المدرسية - التوعية الصحية.

على صعيد آخر، يلعب الأطباء أدواراً عدة فى سوق الرعاية الصحية. وهم يشكلون أهم مصدر من مصادر مداخلات الرعاية الصحية كأرباب عمل (أى كمارسين مستقلين) أو كوسطاء لاستخدام خدمات الرعاية الصحية. وعلى هذا الأساس يتحكم الأطباء بشكل كبير فى خفض موارد الرعاية الصحية أو زيادتها^(٦). كما يتحكمون فى تقدير احتياجات الرعاية الصحية أو الطلب عليها بحكم معرفتهم بالمشكلات الصحية الفعلية لمرضاهم ورغبتهم نحو أفضلية الخدمات التى يتطلعون إليها، إضافة إلى ما قد يحتاجون إليه من خدمات وأنشطة لمواجهة تلك المشكلات وعلاجها^(٧).

وفى ظل محدودية الأعداد التى تقبلها كليات الطب بسبب ارتفاع تكلفة فترات التعليم والتدريب الطبى التى تستغرق مع التخصص ما بين سبع سنوات إلى اثنتى عشرة سنة يتمتع الأطباء لاسيما الاختصاصيين منهم بنوع أو بدرجة من النفوذ الاحتكارى فى سوق الرعاية الصحية^(٨).

إلا أنه على الرغم مما سبق لا يعد الأطباء دائماً وكلاء مثاليين لمرضاهم. ففى أحيان كثيرة يميل عدد كبير من الأطباء لاسيما فى غياب رقابة فعالة من قبل الهيئات الطبية أو جهات التأمين الصحى إلى طلب إجراءات تشخيصية وعلاجية زائدة أو غير مبررة قد تعود فى كثير من الأحيان إلى التقدم التقنى فى حقل الرعاية الصحية^(٩). ومما يزيد الأمر سوءاً تلك الإجراءات غير المبررة التى قد تكون مؤذية للمرضى فى آن معاً، مما ينتج عنها سوء الممارسة الطبية، وارتفاع مطرد فى تكاليف الرعاية الصحية.

ولتعظيم دخولهم يميل معظم الأطباء المتخصصين إلى العمل بشكل رئيسى فى المدن الكبيرة حيث تكون الكثافة السكانية أعلى منها فى المدن الصغيرة. ومن العوامل المهمة الأخرى التى تتحكم فى قرارات الأطباء على تفضيل العمل فى المدن الكبيرة هو توافر وسائل الراحة والخدمات فى تلك المدن، وإمكانية تلقى الدعم الاستشارى من زملائهم وسهولة الحصول على الدعم التقنى الطبى من المستشفيات التخصصية والتعليمية. ولتحسين جهود توزيع الأطباء بشكل عادل على الأماكن الجغرافية المختلفة فى الدولة لاسيما فى القرى، تعتمد بعض الدول على تقديم قروض ميسرة لمساعدة الأطباء على فتح عيادات فى تلك الأماكن ونشر مراكز لتقديم الخدمات الصحية الحكومية خاصة فى مجال الرعاية الصحية الأولية وربطها بنظام الإحالة وعن طريق الطب الاتصالى بمراكز خدمات الرعاية الصحية التخصصية لتقديم الدعم الفنى المطلوب^(١٠).

٢- أطباء الأسنان Dentists:

ينحصر تخصص طب الأسنان بصفة عامة فى معالجة أمراض الفم واللثة وتشوهاتها، وتعقيم مجارى جذور الأسنان وجراحاتها، وخلق الأسنان الملتهبة والمصابة، وفتح وتصريف الخراج، وإزالة الأورام الخبيثة والحميدة فى الأنسجة اللثوية والعظمية، وتحديد مقاسات ومواصفات أطعم الأسنان الصناعية وتركيبها.

وتبلغ مدة دراسة طب الأسنان فى الولايات المتحدة الأمريكية أربع سنوات بعد درجة بكالوريوس العلوم أو خمس سنوات بعد شهادة تحضير الطب، فى حين تبلغ مدة الدراسة فى الدول العربية خمس سنوات بعد شهادة الثانوية العامة. ومعظم كليات طب الأسنان تمنح درجات دكتوراه جراحة الأسنان Doctor of Dental Surgery- DDS أو دكتوراه طب الأسنان Doctor of Medical Dentistry DMD للمتخرجين منها، وهما شهادتان متماثلتان فى المستوى العلمى^(١١).

وتعد الممارسة الخاصة Solo Practice لمهنة طب الأسنان اللون السائد لممارسة هذه المهنة فى معظم دول العالم. وفى أمريكا وصلت نسبة أطباء الأسنان الذين يمارسون مهنتهم فى عياداتهم الخاصة (٩٠٪)، وذلك إما بمفردهم أو بالاشتراك مع زميل لهم. أما باقى النسبة فهى تعمل إما فى إطار العيادات الطبية المجمع، أو فى المستوصفات، أو فى مراكز الرعاية الصحية، أو فى المستشفيات^(١٢).

وهناك نسبة من أطباء الأسنان ممن يواصلون دراستهم التخصصية فى أحد المجالات الرئيسية التالية: تقويم الأسنان وتجميلها Orthodontics، وتركيبات الأسنان Pros-thodontics، وجراحة الفم والوجه والفكين Oral & Maxillofacial Surgery، وعلاج أمراض اللثة Periodontics، والمعالجة اللبية للأسنان Endodontists، وعلاج أسنان الأطفال Pedodontics. وتصل هذه النسبة فى أمريكا إلى نحو (٢٠٪) من إجمالى أطباء الأسنان^(١٣).

٣- الصيدالفة:

تتلخص مهمتهم فى تقديم مدى واسع من الخدمات بدءاً من دراسة الدواء الموصوف، وملاءمة جرعتة، وخلوه من التضادات الدوائية، مروراً بتحضير بعض الأدوية والمستحضرات الصيدلانية، وانتهاءً بشرح طريقة استعمال الدواء أو الأدوية الموصوفة.

وتبلغ مدة الدراسة الجامعية فى تخصص الصيدلة خمس سنوات للحصول على درجة بكالوريوس الصيدلة. وهناك نسبة من الخريجين الذين يواصلون دراساتهم العليا سعياً منهم للحصول إما على درجة الماجستير أو الدكتوراه فى مجال العلوم الصيدلانية لاسيما فى مجال الصيدلة الإكلينيكية.

ويمارس معظم الصيادلة مهنتهم فى الصيدليات المنتشرة فى المدن والقرى. وهناك نسبة منهم ممن يعملون إما فى المرافق الصحية والطبية المختلفة أو فى معامل الأدوية والمستحضرات الصيدلانية والمستودعات الطبية أو فى مراكز الأبحاث ذات الصلة بتخصصاتهم.

٤- الممرضون والممرضات Nurses:

يعد أعضاء هيئات التمريض بفئاتها ومستوياتها المهنية المتنوعة من أهم فئات القوى العاملة الصحية التى استأثرت بالبحث والدراسة من قبل مخططي الرعاية الصحية والاختصاصيين العاملين فى حقل الاقتصاد الصحى لكونهم يشكلون النسبة الكبرى من إجمالى هذه القوى من جهة، ولصعوبة ممارسة هذه المهنة وظروف طبيعة عملها القاسية، وارتفاع معدلات ترك الوظيفة بينهم، والنقص الحاصل فى أعدادهم لاسيما المؤهلين منهم من جهة أخرى. وتتركز أغلب النقاشات حول النقطة الأخيرة من حقيقة أنه لا يوجد مجال للترقية الوظيفية للممرضة للحصول على مركز أعلى وراتب أكبر كما هو حاصل فى السلم الوظيفى الإدارى^(١٤). وفى هذا المجال هناك من يرى أن النقص يوجد عندما يكون عدد الممرضين أقل من العدد المطلوب منهم فى سوق الرعاية الصحية حسب الرواتب المعروضة^(١٥). وهناك من يرى أن النقص يظهر عندما يكون الطلب على الممرضين أكبر من المعروض منهم حسب الأجور المتاحة فى سوق العمل^(١٦).

وتشكل الممرضات المسجلات Registered Nurses الحاصلات على ترخيص لمزاولة المهنة نحو (٧٠٪) من أعداد هيئة التمريض فى الولايات المتحدة الأمريكية^(١٧). ومن أهم الشهادات التى تؤهل الممرضة للحصول على لقب ممرضة مسجلة ما يلى^(١٨):

– **شهادات الزمالة أو البرامج المساعدة فى التمريض Associate Degrees:** هى برامج كليات جامعية متوسطة مدتها سنتان بعد شهادة الثانوية العامة. وتشكل الخريجات من هذه البرامج العدد الأكبر من الممرضات المسجلات.

- **شهادات برامج الدبلوم:** هى برامج جامعية مدتها (٣) أعوام تجمع بين العمل التعليمي والخبرة التطبيقية المكثفة.

- **شهادات بكالوريوس العلوم فى التمريض Bachelor of Science Degree in Nursing:** هى برامج جامعية مدتها أربع سنوات. ولا تشكل نسبة الخريجات من هذه البرامج سوى نسبة ضئيلة من الممرضات المسجلات.

وفى كل الأحوال لا يمنح لقب ممرضة مسجلة فى أغلب الدول المتقدمة إلا لمن اجتازت بنجاح امتحان ترخيص مزاولة المهنة من قبل الهيئة التمريضية المعتمدة أو المجلس المعنى بذلك.

وهناك فئة من الممرضات المساعدات المرخصات Licensed Practical Nurses أو اللواتى يطلق عليهن الممرضات المهنيات Licensed Vocational Nurses. ويتم المصادقة على شهادتهن بعد امتثالهن لفترات التدريب على مهارات وتقنيات خاصة لمعاونة الممرضات المسجلات فى رعاية المرضى. ومعظم برامجهن تستغرق عاماً تدريبياً كاملاً. وفى الولايات المتحدة الأمريكية لا يسمح لهن بمزاولة مهنة التمريض إلا بعد خضوعهن لامتحانات مجالس التمريض المعتمدة من أجل الترخيص لهن بمزاولةها.

ومن أهم مجالات التدريب المتاحة لأعضاء هيئة التمريض ما يلي:

- **التدريب فى المستشفيات Hospital-based Nurses** على تخصصات مثل تمريض الأطفال، والتمريض داخل غرف العمليات، والتمريض فى مجالات تخصصات الباطنة والجراحة والقبالة والنساء والتوليد، والتمريض فى وحدات العناية المركزة.

- **التدريب على تمريض الصحة العامة أو تمريض المجتمع** وهو حقل يركز على احتياجات الرعاية الصحية للشرائح الكبرى فى المجتمع فى تخصصات التحصين من الأمراض المعدية، ورعاية الأمومة والطفولة لاسيما الأطفال الرضع، ومكافحة الأمراض المعدية.

- **التمريض فى مجال خدمات الرعاية الصحية المنزلية** وهو تخصص تمريضى أخذ فى التنامى لتوفير العناية التمريضية فى منزل المريض.

٥- الفئات الصحية المساعدة الأخرى:

هناك عدد كبير من الفئات الصحية المساعدة الأخرى التى لا يسمح لها بمزاولة مهنتها إلا فى إطار فرق الرعاية الصحية التى يشرف عليها الأطباء. وهناك عدد منهم تسمح لهم

دولهم بمزاولة مهنتهم بشكل مستقل عن تلك الفرق مثل أخصائى التغذية والمختبر والعلاج الطبيعى والبصريات والقابلات. ومعظم هؤلاء الممارسين يتم الترخيص لهم لمزاولة مهنتهم من قبل مجالس التمريض أو المجالس الطبية المساعدة ذات العلاقة.

ونوجز فيما يلى الدور الرئيسى لأهم هذه الفئات^(١٩):

- **فنى صيدلة:** يعمل تحت إشراف الصيدلى، ويتلخص دوره فى تجهيز وصفات المرضى، وتسجيل المنصرف اليومى من الأدوية واللوازم الصيدلية، ومراقبة صلاحية تاريخ استخدامها، وترتيبها حسب نظام الحفظ المتبع، ومتابعة مستويات المخزون منها.

- **فنى عمليات جراحية:** يعمل تحت إشراف إدارة تمريض غرف العمليات الجراحية، وتوجيه وقيادة طبيب الجراحة المختص أثناء العمل الجراحى، وتتلخص مهمته فى تجهيز غرف العمليات الجراحية بالأدوات والأجهزة اللازمة والمواد والوسائل المعقمة حسب متطلبات العملية الجراحية، وتشغيل أجهزة التشخيص والتعقيم ومكائن الشفط، ومناولة الجراح المختص ومساعديه الأدوات والمواد والمستلزمات المعقمة أثناء العملية الجراحية.

- **فنى تعقيم:** يعمل تحت إشراف قسم الصيدلة أو قسم التعقيم المركزى، ويتلخص دوره فى تنظيف وتطهير وتغليف المواد المراد تعقيمها فى أجهزة التعقيم المناسبة، وقراءة المؤشرات الدالة على سلامة التعقيم سواء أكان بالبخار المضغوط أو بغاز أكسيد الإيثيلين.

- **فنى تحاليل طبية:** يعمل تحت إشراف طبيب استشارى المختبر أو اختصاصى أو تقنى التحاليل الطبية، وتتلخص مهمته فى سحب عينات الدم وجمع عينات البول والبراز وإفرازات المرضى المراد فحصها وإجراء بعض الفحوص المخبرية الروتينية المطلوبة، ومراقبة درجات حرارة ثلاجات حفظ الدم وحاضنات مزارع الجراثيم والأفران مع المعايير المطلوبة للحفظ والتعقيم.

- **فنى أنسجة:** يعمل تحت إشراف طبيب استشارى المختبر، وتتلخص مهمته فى استلام عينة النسيج الحيوى المطلوب فحصه وصباغته وزرعه فى الوسط الملائم له وإجراء التحاليل الميكروبية والسرطانية المطلوبة عليه.

- **فنى أشعة:** يعمل تحت إشراف استشارى الأشعة أو تقنى الأشعة، ويتلخص دوره فى تحضير المرضى لإجراءات التصوير، والقيام ببعض أعمال التصوير بالأشعة السنية الروتينية، وتنظيف أجهزة التصوير وأعمال صيانتها الوقائية.

- **فنى طب نووى:** يعمل تحت إشراف استشارى الأشعة أو تقنى الأشعة، ويتلخص دوره فى تحضير المرضى لإجراءات فحوص الأشعة النووية وتصويرهم بتلك الأشعة، وعرض نتائج تلك الفحوص على استشارى الأشعة.
- **مساعد أو فنى طب الأسنان:** يعاون طبيب الأسنان فى جراحات الفك والأسنان، وأخذ الصور الشعاعية للأسنان، وتجهيز الأدوات الخاصة بعمليات الأسنان وتعقيمها، وتجهيز الأسنان والجسور والأطقم الصناعية حسب القياسات المحددة من قبل طبيب الأسنان.
- **اختصاصى وقاية أسنان:** يعمل تحت إشراف طبيب الأسنان، ويتلخص دوره فى تنظيف أسنان المرضى من البقع الخارجية والمواد الجيرية، وتجهيز الأدوات الخاصة بعمليات الأسنان وتعقيمها، ومعاونة طبيب الأسنان فى جراحات الفك والأسنان.
- **اختصاصى أو تقنى أشعة:** يعمل تحت إشراف استشارى الأشعة، ويتلخص دوره فى القيام بطيف واسع من إجراءات أعمال التصوير بالأشعة السنية والمقطعية والرنين المغناطيسى، إضافة إلى الإشراف على أداء فنى الأشعة وتوجيههم وتطوير مهاراتهم.
- **اختصاصى بصريات:** يعمل إما بشكل مستقل أو تحت إشراف طبيب العيون، وتتلخص وظيفته فى تشخيص القدرة البصرية، وعمى الألوان، والميدان البصرى، ووصف العدسات الطبية للنظارات تبعاً للحالة، وإرشاد المريض حول نوع العدسات اللاصقة المناسبة وكيفية وضعها ورفعها من العين.
- **اختصاصى أو تقنى تحاليل طبية:** يعمل بشكل مستقل أو تحت إشراف طبيب استشارى المختبر، وتتلخص مهمته فى إجراء طيف واسع من الفحوص المخبرية المطلوبة، ومراقبة درجات حرارة ثلاجات حفظ الدم وحاضنات مزارع الجراثيم والأفران مع المعايير المطلوبة للحفظ والتعقيم.
- **اختصاصى تغذية علاجية:** يعمل بشكل مستقل أو بالتنسيق مع الطبيب المعالج، ويتلخص دوره فى تحديد النمط الغذائى المطلوب لكل حالة بناءً على حالة المريض الصحية، وإعداد مواصفات ومكونات الوجبة الغذائية الخاصة به.
- **اختصاصى علاج نفسى عصبى:** يعمل تحت إشراف الطبيب المعالج، ويتلخص دوره فى دراسة حالة المريض النفسية والعصبية وإجراء الفحوص والاختبارات اللازمة لتحديد المستوى الإدراكى والوظيفى لديه. ويحدد خطة وجلسات العلاج المتعلقة بكل حالة بالتنسيق مع الطبيب المعالج.

- **اختصاصى علاج اضطرابات النطق:** يعمل تحت إشراف الطبيب المعالج، ويتلخص دوره فى دراسة عيوب النطق والكلام للحالات التى تعرض عليه، وإجراء جلسات العلاج والتدريبات المتعلقة بكل حالة بالتنسيق مع الطبيب المعالج.
- **اختصاصى علاج اضطرابات السمع:** يعمل تحت إشراف الطبيب المعالج، ويتلخص دوره فى إجراء اختبارات السمع والتوازن وتقييم اضطرابات السمع ومجرى الصوت للحالات التى تعرض عليه، إضافة إلى إجراء جلسات العلاج والتدريبات المتعلقة بكل حالة بالتنسيق مع الطبيب المعالج.
- **اختصاصى علاج وظيفى Occupational Therapist:** يعمل تحت إشراف الطبيب المعالج، ويتلخص دوره فى تقييم القدرات الوظيفية وجوانب العجز للعضو أو الأعضاء المصابة للحالات التى تعرض عليه، إضافة إلى إجراء جلسات العلاج والتدريبات التأهيلية المتعلقة بكل حالة بالتنسيق مع الطبيب المعالج.

ثانياً - أهمية القوى العاملة الصحية:

تعد القوى العاملة الصحية المؤهلة المقوم الرئيسى لتقديم الخدمة الصحية وفق مستوى عالٍ من الجودة والفعالية والكفاءة. ولا غرو أن الأعداد والنوعيات المناسبة لمزيج هذه القوى كانت دائماً وما زالت فى سلم أولويات السياسات الصحية لمعظم دول العالم لتقديم الرعاية الصحية لمواطنيها فى الوقت والمكان المطلوبين. وينطبق هذا الأمر بصورة خاصة على الأطباء حيث تبلغ فترة تعليمهم وتدريبهم الطبي - كما أشرنا آنفاً - ست سنوات جامعية أو أكثر. ولقد نال نقص أعداد الأطباء أهمية كبيرة فى مطلع الستينيات الميلادية عندما بدأت الحكومات تسعى لتحسين معدلات وصول مواطنيها إلى الرعاية الصحية فى الوقت والمكان المناسبين^(٢٠).

وعلى الرغم من التزايد الجيد فى أعداد القوى العاملة الصحية فى كثير من الدول، تظل هناك العديد من المناطق البعيدة أو النائية، التى لاتزال تعاني نقصاً حاداً فى أعداد هذه القوى، وذلك نتيجة افتقارها لخدمات الرعاية الصحية الأساسية من جهة، وسوء توزيع تلك القوى من جهة أخرى، لاسيما بالنسبة لفئة الأطباء. فأغلب الأطباء يميلون إلى التجمع بالقرب من الأماكن الحضرية متجنبين العمل فى المناطق الريفية، أو فى المناطق الفقيرة لأسباب عديدة كنا قد تطرقنا إليها عند الحديث عن هذه الفئة.

يضاف إلى ذلك، أن هناك العديد من المناطق داخل الدولة الواحدة لاسيما فى الدول النامية التى تعاني نقصاً حاداً فى أعداد القوى العاملة الصحية رغم توافرهم بصورة مناسبة فى المدن الرئيسية. وهذا الأمر دفع الحكومات فى كثير من هذه الدول إلى زيادة أعداد كليات الطب والتمريض والعلوم الطبية الأخرى، والتوسع فى الطاقات الاستيعابية للقائم منها، لزيادة أعداد المسجلين فيها، واعتماد بعض السياسات القصرية تارةً أو التشجيعية تارةً أخرى، من أجل دفع جزء من هذه القوى للعمل فى تلك المناطق لتلبية احتياجاتها الصحية فى إطار ما يسمى بالتنمية الصحية المتوازنة لمختلف مناطق الدولة.

ولما كانت القوى العاملة الصحية على قدر كبير من الأهمية، فقد قامت دول كثيرة بتكوين مجالس أو هيئات أو وحدات تخطيطية مستقلة لهذه القوى أو مرتبطة بالتخطيط الصحى الشامل، وذلك من أجل معالجة مشكلة عدم الربط الحاصل بين التخطيط لخدمات الرعاية الصحية السائد فى كثير من الدول والتخطيط للقوى العاملة الصحية، إضافة إلى مجابهة ضعف التنسيق بين عناصر عملية التخطيط لهذه القوى، وظروف تهيئتها وإدارتها حسب الفئات والنوعيات والمستويات التى تحتاج إليها جميع برامج الرعاية الصحية وخدماتها. ويمكن تلخيص مهمة تلك المجالس أو الهيئات أو الوحدات فى المهام التالية^(٢١):

- إيجاد قاعدة بيانات للقوى العاملة الصحية لتخزين المعلومات عن هذه القوى بشكل مركزى وتحليلها وإعداد تقارير دورية عن أوضاعها.
- تحديد الاحتياجات الفعلية من القوى العاملة الصحية بمختلف أنواعها وتخصصاتها، إضافة إلى قيامها بتحديد الاحتياجات المستقبلية منها، وذلك فى إطار الاحتياجات الصحية لسوق الرعاية الصحية فى البلد المعنى.
- توجيه جهات التعليم والتدريب ذات الصلة بترجمة تلك الاحتياجات من التخصصات المطلوبة، وتقييم مناهجها وأداء برامجها بصفة مستمرة وربطها بمهارات وتقنيات العمل فى التخصصات المختلفة، من أجل توفير قوى عاملة صحية مدربة على مستوى عالٍ من المهارة والكفاءة.
- الموازنة المستمرة بين المعروض من هذه القوى والطلب الفعّال عليها فى سوق الرعاية الصحية.
- إجراء البحوث والدراسات ذات الصلة بتنمية القوى العاملة الصحية وتطويرها.

ثالثاً - مفهوم التخطيط للقوى العاملة الصحية ومجالاته:

تسعى أهداف خطط الرعاية الصحية فى أكثر دول العالم إلى تقديم خدمات رعاية صحية شاملة لمجتمعاتها من أجل وقايتهم من الأمراض وعلاجها، وذلك بهدف تحسين مستويات الحالة الصحية بينهم. ومن هنا يتركز الهدف الرئيسى لتخطيط القوى العاملة الصحية نحو رسم الخطط اللازمة لإعداد هذه القوى إعداداً جيداً حسب المزيج الاقتصادى المناسب للمستويات المهنية التى يحتاج إليها سوق الرعاية الصحية لكل فئة منها، وذلك فى إطار محدودية الموارد المتوافرة للدولة^(٢٢). ويؤكد " الغريانى والعقلا " فى هذا الشأن على مراعاة الدوامية على " مراقبة تلك الخطط بصفة مستمرة فى إطار إحكام وثيق وتجاوب فعال يشجع على تقييم النتائج وتكامل الإمكانيات وملاحقة التطور تفاعلياً للقصور وتقويماً للانحراف"^(٢٣).

وقد عرف "لونج ومرسر Long and Mercer"^(٢٤) تخطيط القوى العاملة الصحية بأنه إستراتيجية تأمين الموارد البشرية اللازمة للقطاع الصحى وتعظيم الاستفادة منها وتطوير قدراتها ومهاراتها على نحو مستمر والحفاظ عليها.

ويعد التخطيط للقوى العاملة الصحية أداة أو وسيلة إدارية تلجأ إليها الجهات المعنية بالتخطيط لها، لتحديد أعداد هذه القوى وفق فئاتها الرئيسية ونوعيات كل منها ومستوياتها المطلوبة لمختلف برامج الرعاية الصحية وخدماتها، والتخطيط لإعدادها إعداداً جيداً والعمل على تدريبها على نحو مستمر لزيادة قدراتها وتطوير مهاراتها وخبراتها لتواكب الارتقاءات العلمية والتقنية فى المجال الصحى من جهة، واحتياجات المجتمع الصحية التى تحددها الخطط الموضوعة للقطاع الصحى من جهة أخرى.

كما يعنى التخطيط للقوى العاملة الصحية فى إطار السياق السابق على دراسة وتحليل واقع العرض من هذه القوى والطلب عليها. إضافة إلى الاهتمام بتحقيق الاستفادة المثلى منها بهدف النهوض بكفاءة مختلف برامج القطاع الصحى وخدماته، وذلك عن طريق وضع سياسات واضحة لسلامة استقطاب هذه القوى واختيارها وتعيينها وتدريبها وعدالة تحديد أجورها وحوافزها الوظيفية، وضمان الاستقرار النفسى والاجتماعى لها.

كما يسهم التخطيط للقوى العاملة الصحية فى تحديد نوعية الوظائف الجديدة المطلوبة أو تلك المطلوب تحويلها بهدف تجنب برامج الرعاية الصحية وخدماتها مشكلات التضخم الوظيفى والنقص الحاد فى بعض الوظائف الضرورية والملحة.

وفى المملكة العربية السعودية تحتل قضية التخطيط للقوى العاملة الصحية أهمية خاصة لاسيما فى مجال التخطيط لزيادة المعروض من القوى العاملة الصحية الوطنية المؤهلة والمدرّبة من أجل أن تحل محل نظيرتها الوافدة وفق خطط متأنيّة تضمن سير العمل بصورة مأمونة وفعالة، إضافة إلى ضرورة مواكبة ذلك المعروض مع الطلب الفعال عليها، أى أن يتم إعداد هذه القوى إعداداً جيداً، ومتوافقاً مع الحاجة إليها بصفة مستمرة.

رابعاً - عملية التخطيط للقوى العاملة الصحية:

إن المبدأ الرئيسى لعملية التخطيط للقوى العاملة الصحية، هو عمل خطة - متوسطة أو طويلة الأجل - لهذه القوى، يتم فيها الموازنة بين متطلبات العرض من هذه القوى والطلب عليها، وذلك فى إطار إستراتيجية الدولة لتنمية القوى العاملة، والأهداف الشاملة للقطاع الصحى، من أجل الوصول إلى سياسات مناسبة لتأمين هذه القوى واعتمادها فى الخطة. وتبدأ هذه الموازنة - من الناحية العملية - فى إجراء تنبؤات متوازنة لكل من عنصر العرض من القوى العاملة الصحية والطلب عليها^(٢٥، ٢٦).

وتستند تنبؤات تحديد العرض من هذه القوى إلى تقييم مصادر جهات إعدادها (الجامعات والكليات والمعاهد) الوطنية والإقليمية والدولية، وأعداد المتحقّقين بها، والخريجين منها، وحجمها الحالى الموجود فى سوق الرعاية الصحية حسب فئاتها، ومستوياتها المهنية، ودرجاتها الوظيفية، ثم تقدير نسبة الزيادة المحتملة فى ذلك الحجم فى كل سنة من سنوات هذه الخطة، وذلك على ضوء نسب التوظيف التى يمكن للقطاع الصحى استيعابها سنوياً من الباحثين عن العمل من السعوديين خريجي الجامعات والكليات الوطنية أو الأجنبية، أو من الأجانب مثلاً الذين أنهوا فترات تعليمهم وتدريبهم، ومعدلات الدوران الوظيفى للقوى العاملة الصحية فى ذلك القطاع نتيجة الوفاة، أو انتهاء عقود العمل، أو عمليات إحلال قوى وطنية محل قوى وافدة - كما هو الوضع فى المملكة العربية السعودية مثلاً - أو نتيجة للتغيرات المحتملة فى معدل عدد ساعات العمل، أو التعديلات فى مناولات العمل لبعض الفئات المهنية كالأطباء وأعضاء الهيئات التمريضية، أو للتأثيرات الخارجية الأخرى فى عنصر العرض مثل السنوات الطويلة التى يقضيها طلاب الطب فى التعليم والتدريب قبل أن يكونوا مهنيين لممارسة مهنتهم. وكذلك الأمر

بالنسبة لطلبة كليات العلوم الطبية التطبيقية الجامعية والتمريض، وكذلك لتأثير التوظيف فى أساس نصف دوام أو جزء منه لاسيما للإناث.

أما تنبؤات عنصر الطلب على القوى العاملة الصحية (أو بمعنى أدق تحديد المتطلبات Requirements من هذه القوى^(٢٧)) فتهدف بصورة رئيسية إلى تحديد الأعداد المطلوبة من هذه القوى خلال سنوات الخطة متوسطة أو طويلة الأجل حسب فئاتها الرئيسية، ونوعيات كل فئة، ومستوياتها المهنية، بما يضمن إمكان تشغيل شبكة خدمات الرعاية الصحية بفعالية وكفاءة وجودة عالية.

ولا بد من التنويه هنا عن ضرورة دراسة جميع الأبعاد والعوامل التى قد تؤثر فى تحديد متطلبات سوق الرعاية الصحية من القوى العاملة الصحية، وذلك قبل إجراء أى تنبؤات أو تقديرات مستقبلية عليها. ومن أهم هذه الأبعاد والعوامل التى قد تؤثر فى تحديد تلك المتطلبات: حجم السكان، وتوزعه، ومعدل نموه السنوى، وتركيبه العمرى، ومتوسط دخله، ومستوى تعليمه، وحالته الصحية، ومدى سهولة حصوله على الخدمات الصحية المطلوبة فى الوقت والمكان المناسبين، ومدى وفرة تلك الخدمات بالنوع والكم المطلوبين، وأنماط الاستخدام السائدة فيها، ومدى كفاءة ذلك الاستخدام وفعاليتها، ومستوى التقنيات الطبية المستخدمة.

وبغض النظر عن الأسلوب الذى سوف يتبع لإجراء التنبؤات أو الاحتياجات المستقبلية لعنصر الطلب على القوى العاملة الصحية فى إطار الأبعاد والعوامل آنفة الذكر، فإن هناك معايير واعتبارات متنوعة يمكن اللجوء إليها لإجراء التنبؤات أو التقديرات المطلوبة لهذه القوى من أبرزها: خطة الاحتياجات الفعلية من القوى العاملة لكل نوع من وحدات الرعاية الصحية ومستويات الرعاية فى كل منها، ومقارنة معدلات الاستخدام المعيارية بمعدلات الاستخدام الفعلية لكل فئة من فئات هذه القوى ونوعياتها ومستوياتها، ومعدلات نسب كل فئة من فئات هذه القوى إلى السكان (مثلاً طبيب لكل ٧٥٠ نسمة، وثلاث ممرضات لكل ألف نسمة وهكذا).

إن تنبؤات عنصر العرض من القوى العاملة الصحية والطلب عليها ينبغى مقابلهما وموازنتهما بعناية قبل كتابة سياسات فعالة لتنفيذ الخطة العامة لهذه القوى الخاصة بالقطاع الصحى. حيث إن الهدف هو تأمين الموظفين من ذوى المهارات المطلوبة ووضعهم فى المكان المناسب وفى الوقت المناسب ضمن كل سنة من سنوات الخطة. فعندما يتم

بلورة خطة القوى العاملة الصحية وتحويلها إلى سياسات يبقى أن يتم مراقبة حسن تنفيذ تلك السياسات والاستخدام الأمثل لهذه القوى.

وفى المملكة العربية السعودية يعد حجم شبكة الخدمات الصحية وتوزيعها الجغرافى أحد العقبات الرئيسية للتوزيع الجغرافى المناسب للقوى العاملة الصحية الرئيسية فيها. فتنبؤات هذه القوى تحتاج إلى توزيعها حسب المناطق الإدارية الرئيسية للمملكة، بل حتى على مستوى كل محافظة من المحافظات التابعة لتلك المناطق. وتعتبر هذه القضية من أهم القضايا التى تواجه مسؤولى القطاع الصحى ووزارة الخدمة المدنية ووزارة العمل والشؤون الاجتماعية والجهات الحكومية الأخرى نحو تحقيق برامج سعودية كاملة فى بعض المحافظات لاسيما أن الغالبية العظمى من السعوديين تفضل العمل فى المدن الرئيسية. وهذا الأمر ينبغى أن يؤخذ فى الحسبان مع أمور أخرى، مثل: معدل الدوران الوظيفى ومدى مشاركة الإناث فى إجمالى القوى العاملة الصحية عند وضع الافتراضات الرئيسية لتنبؤات هذه القوى.

خامساً- أساليب تقدير احتياجات برامج الرعاية الصحية وخدماتها من القوى العاملة الصحية؛

ثمة العديد من الأساليب التى يتم بها تقدير احتياجات برامج الرعاية الصحية وخدماتها من القوى العاملة الصحية. وفيما يلى عرض موجز لأهم الأساليب المستخدمة فى هذا المجال (٢٩، ٣٠، ٣١، ٣٢):

- أسلوب الموازنة بين العرض من القوى العاملة الصحية والطلب عليها: فيه يتم المقارنة بين إجمالى العرض من القوى العاملة الصحية الحالية وإجمالى احتياجات أو طلب مختلف برامج الرعاية الصحية وخدماتها من هذه القوى ومحاولة الموازنة بينهما. فإذا فاق عرض هذه القوى الطلب عليها، اتسم القطاع الصحى حينئذٍ بفائضٍ فى هذه القوى، من ثم تتم الموازنة من خلال تحريك أو تسريح عدد من هذه القوى أو إعادة تأهيلها، أو أى حلول أخرى يراها مسؤولو هذه القطاعات. أما إذا كان هناك نقص فى أعداد هذه القوى لاسيما الوطنية منها كما فى المملكة العربية السعودية، فتتم الموازنة من خلال اللجوء إلى استخدام ما ينقص من قوى من خارج البلاد مع الأخذ فى الاعتبار تنمية العرض من القوى العاملة الصحية الوطنية بالشكل الذى يحل محل تلك القوى المستقدمة من جهة، والوفاء بالاحتياجات الإضافية التى تستدعيها خطط تنمية القطاع

الصحة من جهة أخرى. وفي المملكة العربية السعودية تشير الأوضاع الراهنة إلى نقص حاد في أعداد القوى العاملة الصحية الوطنية لاسيما في جانب العرض من الأطباء وأعضاء هيئات التمريض كما سيتضح لاحقاً.

- أسلوب تقدير الاحتياجات عن طريق الميزانية المقترحة للقطاع الصحي: هو من أكثر

الأساليب استخداماً لاسيما في البلدان النامية. وفيه يتم تقدير الاحتياجات الفعلية من القوى العاملة الصحية وتلك المعاونة لها بشكل تفصيلي ودقيق على مستوى كل وحدة صحية من وحدات القطاع الصحي، وتجميعها في خطة عامة لتحديد الوظائف المطلوب إدراجها في الموازنة المقبلة للقطاع الصحي. لمزيد من التفصيل انظر الجدول رقم (١).

- أسلوب تحليل عبء العمل Workload Analysis: وفيه يتم تقدير الاحتياجات الفعلية

من القوى العاملة الصحية عن طريق تحليل عبء العمل الحالي والمرتبب بشكل تفصيلي على مستوى أنشطة كل برنامج من برامج القطاع الصحي والخدمات الملحقه به؛ بهدف تحديد فئات الأعداد المطلوبة حسب نوعياتها وتخصصاتها ومستوياتها المهنية.

- أسلوب الإسقاط: فيه يتم إجراء إسقاط للاتجاهات الماضية Past Trends لأوضاع

القوى العاملة الصحية على المستوى الكلي بهدف تحليل مدى تأثير الفترات الزمنية الماضية في الأوضاع الحالية لهذه القوى وأوضاعها مستقبلاً في ظل نفس الظروف السابقة، وبيان نوع التدخل المطلوب لتصحيح أوضاع هذه القوى.

- أسلوب المقارنة الدولية: وفيه يتم الوقوف على احتياجات القطاع الصحي في الدولة من

القوى العاملة الصحية بمقارنة مؤشرات هذه القوى بالنسبة إلى السكان بدول أخرى متقدمة صحياً مع الأخذ في الاعتبار ظروفها الصحية ونموها السكاني والعوامل الديموغرافية الأخرى مثل العمر والجنس ومعدلات الوفيات وحدث الأمراض وانتشارها، إضافة إلى ظروفها الاقتصادية والاجتماعية.

- أسلوب استطلاع وجهات نظر المسؤولين: فيه يتم التعرف على وجهات نظر المختصين

المختلفة بالوحدات الصحية المختلفة عن حجم القوى العاملة الصحية التي تحتاج إليها وحداتهم حسب فئاتها ومستويات كل فئة ونوعياتها ومؤهلاتها وخبراتها المطلوبة وذلك بناء على أوضاع الاستخدام الفعلي فيها. ومما يؤخذ على هذه الأسلوب التباين الواسع في التقديرات لاختلاف مستوى خبرات المسؤولين في هذا الشأن.

جدول رقم (١)
نموذج عمل لتحديد الاحتياجات المطلوبة من القوى العاملة الصحية لمستشفى قائم
أو يراد توسعته أو إنشاؤه حسب المؤهلات *

فئة القوى العاملة	العدد الحالى فى سنة الأساس ١٤٢٢هـ	العدد المطلوب فى سنوات الخطة (+/-)					التبرير
		١٤٢٣	١٤٢٤	١٤٢٥	١٤٢٦	١٤٢٧	
أولاً- أطباء الأسنان: - طبيب أسنان عام المؤهل:							بكالوريوس طب وجراحة الأسنان من جامعة معترف بها واجتياز فترة الامتياز، وترخيص سارى المفعول فى بلد المنشأ أو الإقامة.
- أخصائى أسنان المؤهل:							ماجستير أو ما يعادله فى أحد تخصصات طب وجراحة الأسنان، وترخيص سارى المفعول فى بلد المنشأ أو الإقامة.
- أخصائى أسنان أول المؤهل:							الزمالة أو الدكتوراه أو ما يعادل أى منهما فى أحد تخصصات طب وجراحة الأسنان، وترخيص سارى المفعول فى بلد المنشأ أو الإقامة.
- استشارى أسنان المؤهل:							الزمالة أو الدكتوراه أو ما يعادل أى منهما فى أى تخصص من تخصصات طب وجراحة الأسنان، وترخيص سارى المفعول فى بلد المنشأ أو الإقامة، إضافة إلى خبرة عملية لا تقل عن ثلاث سنوات فى حقل تخصصه.
ثانياً- الأطباء البشريون: - ممارس عام المؤهل:							بكالوريوس الطب والجراحة من جامعة معترف بها واجتياز فترة الامتياز وترخيص سارى المفعول فى بلد المنشأ أو الإقامة مع سنتين حداً أدنى كطبيب مقيم.
- طبيب مقيم المؤهل:							بكالوريوس الطب والجراحة من جامعة معترف بها واجتياز فترة الامتياز وترخيص سارى المفعول فى بلد المنشأ أو الإقامة.
- طبيب أخصائى المؤهل:							ماجستير أو ما يعادله من الشهادات العالمية المعترف بها فى أحد التخصصات الطبية، وترخيص سارى المفعول فى بلد المنشأ أو الإقامة.

تابع - جدول رقم (١)

التبرير	العدد المطلوب في سنوات الخطة (+/-)					العدد الحالي في سنة الأساس ١٤٢٢هـ	فئة القوى العاملة
	١٤٢٧	١٤٢٦	١٤٢٥	١٤٢٤	١٤٢٣		
- طبيب أخصائي أول المؤهل:							شهادة المجلس الطبي أو الجراحي ذات العلاقة المسمى بالبوردر أو ما يعادله من الشهادات العالمية كالزمالة البريطانية أو الكندية أو الأسترالية أو العربية أو السعودية، وترخيص سارى المفعول في بلد المنشأ أو الإقامة.
- استشاري المؤهل:							شهادة المجلس الطبي أو الجراحي ذات العلاقة المسمى بالبوردر أو ما يعادله من الشهادات العالمية كالزمالة البريطانية أو الكندية أو الأسترالية أو العربية أو السعودية، وترخيص سارى المفعول في بلد المنشأ أو الإقامة، إضافة إلى تخصص دقيق مدة لا تقل عن سنة بعد حصوله على شهادة البورد أو الزمالة.
- أطباء آخرون ١ ٢							
ثالثاً - الصيدلة: - معاون صيدلى Pharmacy Aide المؤهل:							ثانوية عامة مع تدريب علمي لا يقل عن ستة أشهر في أحد المستشفيات.
- مساعد أو فنى صيدلة المؤهل:							دبلوم متوسط جامعي، تخصص صيدلة، وترخيص سارى المفعول في بلد المنشأ أو الإقامة.
- صيدلى المؤهل:							بكالوريوس الصيدلة، وترخيص سارى المفعول في بلد المنشأ أو الإقامة.
- صيدلى أول المؤهل:							ماجستير العلوم الصيدلانية، وترخيص سارى المفعول في المنشأ أو الإقامة.
- صيدلى إكلينيكي المؤهل:							ماجستير أو دكتوراه العلوم الصيدلانية الإكلينيكية أو ما يعادلها من الشهادات العليا للصيدلة الإكلينيكية مثل Pharm-D/Diplomate of Pharmacy ، وترخيص سارى المفعول في بلد المنشأ أو الإقامة.

تابع - جدول رقم (١)

التبرير	العدد المطلوب في سنوات الخطة (+/-)					العدد الحالي في سنة الأساس ١٤٢٢هـ	فئة القوى العاملة
	١٤٢٧	١٤٢٦	١٤٢٥	١٤٢٤	١٤٢٣		
							- آخرون: ٣ ٤
							رابعاً- الممرضون والمارضات - معاون تمريض المؤهل:
							ثانوية عامة مع تدريب عملي لا يقل عن ستة أشهر في أحد المستشفيات.
							- مساعد ممرض المؤهل:
							دبلوم علوم التمريض بعد شهادة الثانوية العامة، وترخيص ساري المفعول في بلد المنشأ أو الإقامة.
							- ممرض مؤهل المؤهل:
							بكالوريوس في علوم خدمات التمريض أو ما يعادله من شهادات، وترخيص ساري المفعول في بلد المنشأ أو الإقامة.
							- رئيس تمرض جناح عام أو تخصصي المؤهل:
							بكالوريوس أو ماجستير في علوم خدمات التمريض أو ما يعادله من شهادات، مع خبرة عملية لمدة سنتين على الأقل في مجال العمل بأحد المراكز الطبية أو الصحية، وترخيص ساري المفعول في بلد المنشأ أو الإقامة.
							- مدرب تمريض المؤهل:
							بكالوريوس أو ماجستير أو دكتوراه في علوم خدمات التمريض أو ما يعادلها من شهادات، مع خبرة عملية لحملة البكالوريوس لمدة سنتين على الأقل في مجال العمل بأحد المراكز الطبية أو الصحية، وترخيص ساري المفعول في بلد المنشأ أو الإقامة.
							- آخرون: ١ ٢

تابع - جدول رقم (١)

التبوير	العدد المطلوب في سنوات الخطة (-/+)					العدد الحالي في سنة الأساس ١٤٢٢هـ	فئة القوى العاملة
	١٤٢٧	١٤٢٦	١٤٢٥	١٤٢٤	١٤٢٣		
							خامساً- فنيو وأخصائيو العمليات الجراحية - فني عمليات المؤهل:
دبلوم الكليات الصحية المتوسطة أو ما يعادله في تخصص فني عمليات جراحية أو ترميز، وترخيص ساري المفعول في بلد المنشأ أو الإقامة.							
							- أخصائي عمليات المؤهل:
بكالوريوس الكليات الصحية أو ما يعادلها في تخصص فني عمليات جراحية أو ترميز، وترخيص ساري المفعول في بلد المنشأ أو الإقامة.							
							- أخصائي تخدير المؤهل:
شهادة الماجستير أو ما يعادلها من الشهادات العالمية المعترف بها في حقل التخدير بعد الحصول على بكالوريوس الطب والجراحة، وترخيص ساري المفعول في بلد المنشأ أو الإقامة.							
							- أخصائي علاج تنفسي المؤهل:
بكالوريوس العلاج التنفسي أو ما يعادله من الشهادات المعترف بها، وترخيص سار المفعول في بلد المنشأ أو الإقامة.							
							- آخرون: ١ ٢
							سادساً- فنيو وأخصائيو المختبرات الطبية وبنك الدم: - كبير فني المختبر المؤهل:
بكالوريوس أو ماجستير علوم تقنيات المختبرات الطبية -Medical La- boratory Technology أو ما يعادلها من الشهادات العالمية المعترف بها، وترخيص ساري المفعول في بلد المنشأ أو الإقامة.							
							- فني أول مختبر المؤهل:
بكالوريوس علوم تقنيات المختبرات الطبية -Medical Laboratory Tech- nology أو ما يعادلها من الشهادات العالمية المعترف بها، وترخيص ساري المفعول في بلد المنشأ أو الإقامة.							

تابع - جدول رقم (١)

التبرير	العدد المطلوب فى سنوات الخطة (-/+)					العدد الحالى فى سنة الأساس ١٤٢٢هـ	فئة القوى العاملة
	١٤٢٧	١٤٢٦	١٤٢٥	١٤٢٤	١٤٢٣		
							- فنى مختبر المؤهل:
دبلوم أو بكالوريوس علوم المختبرات الطبية أو ما يعادله من الشهادات المعترف بها، وترخيص سارى المفعول فى بلد المنشأ أو الإقامة.							
							- فنى سحب الدم المؤهل:
دبلوم علوم المختبرات الطبية بعد الثانوية أو ما يعادله من الشهادات المعترف بها، وترخيص سارى المفعول فى بلد المنشأ أو الإقامة.							
							- فنى أنسجة المؤهل:
بكالوريوس تقنية أو علوم المختبرات الطبية أو ما يعادله من الشهادات العالمية المعترف بها تخصص أنسجة حية Histopathology، وترخيص سارى المفعول فى بل المنشأ أو الإقامة.							
							- معاون مختبر المؤهل:
ثانوية عامة مع تدريب عملى لا يقل عن ستة أشهر فى أحد المستشفيات.							
							- آخرون: ٣ ٤
							سابعاً- فنيو وأخصائيو الأشعة - كبير فنيي الأشعة المؤهل:
بكالوريوس أو ماجستير فى علوم الأشعة التشخيصية، وترخيص سارى المفعول فى بلد المنشأ أو الإقامة.							
							- فنى أشعة تشخيصية المؤهل:
دبلوم أو بكالوريوس فى علوم الأشعة التشخيصية، وترخيص سارى المفعول فى بلد المنشأ أو الإقامة.							
							- فنى أشعة مقطعية ورنين مغناطيسى المؤهل:
بكالوريوس أو ماجستير فى علوم الأشعة التشخيصية مع خبرة فى مجال التصوير بالأشعة المقطعية والرنين المغناطيسى، وترخيص سارى المفعول فى بلد المنشأ أو الإقامة.							

تابع - جدول رقم (١)

التبرير	العدد المطلوب فى سنوات الخطة (+/-)					العدد الحالى فى سنة الأساس ١٤٢٢هـ	فئة القوى العاملة
	١٤٢٧	١٤٢٦	١٤٢٥	١٤٢٤	١٤٢٣		
							- فنى طب نووى المؤهل:
بكالوريوس فى علوم الأشعة التشخيصية مع خبرة فى مجال التصوير بالأشعة النووية، وترخيص سارى المفعول فى بلد المنشأ أو الإقامة.							
							- آخرون: ١ ٢
							ثامناً - وظائف فنية وعلاجية أخرى - أخصائى أول علاج طبيعى المؤهل:
بكالوريوس أو ماجستير علاج طبيعى، وترخيص سارى المفعول فى بلد المنشأ أو الإقامة.							
							- أخصائى علاج طبيعى المؤهل:
بكالوريوس علاج طبيعى، وترخيص سارى المفعول فى بلد المنشأ أو الإقامة.							
							- فنى علاج طبيعى المؤهل:
دبلوم بعد الثانوية، علاج طبيعى، وترخيص سارى المفعول فى بلد المنشأ أو الإقامة.							
							- معاون علاج طبيعى المؤهل:
ثانوية عامة مع تدريب عملى لا يقل عن ستة أشهر فى أحد المستشفيات.							
							- أخصائى أول علاج تنفسى المؤهل:
بكالوريوس أو ماجستير علاج تنفسى، وترخيص سارى المفعول فى بلد المنشأ أو الإقامة.							
							- أخصائى علاج تنفسى المؤهل:
بكالوريوس علاج تنفسى، وترخيص سارى المفعول فى بلد المنشأ أو الإقامة.							
							- أخصائى علاج نفسى عصبى Psycho- neuro-therapist المؤهل:
ماجستير علم النفس السريرى، وترخيص سارى المفعول فى بلد المنشأ أو الإقامة.							

تابع - جدول رقم (١)

التقرير	العدد المطلوب فى سنوات الخطة (+/-)					العدد الحالى فى سنة الأساس ١٤٢٢هـ	فئة القوى العاملة
	١٤٢٧	١٤٢٦	١٤٢٥	١٤٢٤	١٤٢٣		
							- أخصائى علاج اضطرابات النطق المؤهل:
							ماجستير أمراض الكلام والصوتيات، وترخيص سارى المفعول فى بلد المنشأ أو الإقامة.
							- أخصائى اضطرابات السمع المؤهل:
							ماجستير فى اضطرابات السمع، وترخيص سارى المفعول فى بلد المنشأ أو الإقامة.
							- أخصائى علاج وظيفى Occupational Therapist المؤهل:
							بكالوريوس علاج وظيفى، وترخيص سارى المفعول فى بلد المنشأ أو الإقامة.
							- أخصائى تأهيل مهنى المؤهل:
							بكالوريوس تأهيل مهنى وترخيص سارى المفعول فى بلد المنشأ أو الإقامة.
							- أخصائى أطراف وأجهزة تعويضية المؤهل:
							بكالوريوس هندسة طبية أو هندسة تقويم الأعضاء Orthopedic Engineering وترخيص سارى المفعول فى بلد المنشأ أو الإقامة.
							- فنى أطراف صناعية المؤهل:
							دبلوم إعداد أطراف صناعية وترخيص سارى المفعول فى بلد المنشأ أو الإقامة.
							- فنى تعقيم المؤهل:
							دبلوم علوم التمريض وشهادة تدريبية فى علوم التعقيم للأدوات والأجهزة الطبية متعددة الاستخدام، وترخيص سارى المفعول فى بلد المنشأ أو الإقامة.
							- أخصائى تغذية علاجية المؤهل:
							بكالوريوس التغذية العلاجية، وترخيص سارى المفعول فى بلد المنشأ أو الإقامة.
							- فنى أسنان المؤهل:
							دبلوم بعد الثانوية، تخصص فنى أسنان، وترخيص سارى المفعول فى بلد المنشأ أو الإقامة.
							- أخصائى بصريات المؤهل:
							بكالوريوس بصريات، وترخيص سارى المفعول فى بلد المنشأ أو الإقامة.

* المصدر: الكاتب. يمثل هذا الجدول خلاصة خطة احتياجات المستشفى التشغيلية من مزيج القوى العاملة الصحية حسب المجالات التخصصية ومستوياتها المهنية المختلفة. ويمكن الاستفادة من هذا الجدول فى رصد احتياجات باقى وحدات الرعاية الصحية من مزيج القوى العاملة الصحية.

سادساً- أوضاع القوى العاملة الصحية الوطنية وسبل تنميتها:

تشير بيانات الجدول الآتى رقم (٢) إلى تزايد العدد الإجمالى للقوى العاملة الصحية فى المملكة فى الفترة ما بين ١٤١٥ - ١٤١٩ هـ من (١٢٤٠٨٩) عاملاً إلى (١٣٨٧٩١) عاملاً، أى بمعدل نمو سنوى بلغ فى المتوسط (٢,٨٪) خلال هذه الفترة. وعلى الرغم من أن معدل النمو السنوى المتوسط لإجمالى القوى العاملة الصحية (٧,٤٪) كان أعلى من معدل نظيره لإجمالى القوى العاملة الصحية بأربع نقاط مئوية وستة من عشرة (٤,٦٪) خلال هذه الفترة، فإن نسبة إجمالى القوى العاملة الصحية الوطنية فى سوق الرعاية الصحية فى المملكة ما زالت منخفضة بدرجة لافتة، إذ لم تزد على وجه العموم فى عام ١٤١٩ هـ على (٢,٢٪).

ويلاحظ من الجدول أيضاً أن نسب السعوديين بالنسبة لإجمالى كل فئة من فئات القوى العاملة الصحية الوطنية كانت على النحو التالى: (٩,١٩٪) للأطباء، و (٧,١٨٪) لأعضاء التمريض، و (٥,٣٩٪) للفئات الطبية المساعدة. كما توزعت حسب مكان وجهة العمل، كما يتبين من الجدول رقم (٣)، على النحو التالى: (٣,٧٢٪) فى وزارة الصحة، و (٢٥٪) فى الجهات الحكومية الأخرى، و (٧,٢٪) فى القطاع الخاص.

ومع أن وزارة الصحة هى الموظف الرئيسى للقوى العاملة الصحية الوطنية، فإن نسبة الأطباء السعوديين العاملين فى الجهات الحكومية الأخرى فى عام ١٤١٩ هـ كانت (٧,٤٠٪) أعلى نسبياً من نظيرتها فى وزارة الصحة (٥,١٩٪). وقد يعزى ذلك إلى أن هذه الجهات تتوافر لديها عناصر جذب واستقطاب أكثر مما يتوافر لدى وزارة الصحة لاسيما بالنسبة للرواتب والبدلات.

الجدول رقم (٢)

الأطباء والعاملون بالتمريض والفئات الطبية المساعدة بالقطاعات الصحية بالمملكة ١٤١٥-١٤١٩هـ*

القطاع	الفئة	١٤١٥		١٤١٩	
		العدد	%	العدد	%
وزارة الصحة	أطباء	١٥٤٧٦	١٥,٥	١٤٧٨٦	١٩,٥
	تمريض	٣٥٢١٩	١٩,٥	٣٦٣٤٠	٢٦,٩
	فئات طبية مساعدة	١٩٩٧٣	٤٨,١	٢٢١٨٨	٥٦,٣
الجهات الحكومية الأخرى	أطباء	٦٥٣٩	٣٦,٩	٦٨٩١	٤٠,٧
	تمريض	١٥٥٣٤	١٥,٠	١٦٩٢٠	١٣,٤
	فئات طبية مساعدة	٩١٩٧	٢٦,٨	١٠٥٠٢	٣٤,٦
القطاع الخاص	أطباء	٨٢٩١	١,٧	٩٨٢٥	٦,٢
	تمريض	٩٩٨٣	٠,٢	١٢٢٦٦	١,١
	فئات طبية مساعدة	٣٨٧٧	١,٢	٩٠٧٣	٢,٣
المجموع	أطباء	٣٠٣٠٦	١٦,٣	٣١٥٠٢	١٩,٩
	تمريض	٦٠٧٣٦	١٥,٢	٦٥٥٢٦	١٨,٧
	فئات طبية مساعدة	٣٣٠٤٧	٣٦,٧	٤١٧٦٣	٣٩,٥
الإجمالي	جميع الفئات	١٢٤٠٨٩	٢١,٢	١٣٨٧٩١	٢٥,٢

* وزارة الصحة، الكتاب الإحصائي الصحي السنوي (الرياض: وزارة الصحة في المملكة العربية السعودية، ١٤١٩ / ١٤٢٠هـ)، ص ٢١٥.

الجدول رقم (٣)

الأطباء وأعضاء التمريض والفئات الطبية المساعدة السعوديون حسب القطاعات الصحية بالمملكة في عام ١٤١٩هـ*

الجهة	الفئة							
	الأطباء		التمريض		الفنيون		الإجمالي	
	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	%
وزارة الصحة	٢٨٨٣	٤٥,٨	٩٧٧٦	٨٠,٣	١٢٤٩١	٧٦,٥	٢٥١٥٠	٧٢,٣
الجهات الحكومية الأخرى	٢٨٠٥	٤٤,٥	٢٢٦٧	١٨,٦	٣٦٣٤	٢٢,٢	٨٧٠٦	٢٥,٠
القطاع الخاص	٦٠٩	٩,٧	١٣٥	١,١	٢٠٩	١,٣	٩٥٣	٢,٧
الإجمالي	٦٢٩٧	١٠٠,٠	١٢١٧٨	١٠٠,٠	١٦٣٣٤	١٠٠,٠	٣٤٨٠٩	١٠٠,٠

* المصدر السابق، ص ٢١٥.

وعلى النقيض الآخر، كانت نسبة أعضاء التمريض السعوديين فى وزارة الصحة (٢٦,٣٪) أعلى من مثيلتها فى الجهات الحكومية الأخرى (١٣,٤٪) بمقدار الضعف تقريباً. كما كانت نسبة الفئات الطبية المساعدة من السعوديين (٥٦,٣٪) أعلى من نظيرتها فى هذه الجهات (٣٤,٦٪) بمعدل (٢١,٧٪) نقطة مئوية.

وقد يرجع ذلك إلى اهتمام الجهات الأخرى بالحرص على ارتفاع فاعلية الأداء وإجادة اللغة الانجليزية إجادة جيدة بها. وهذا الأمر لا يتوافر فى أفراد هذه القوى كما أشارت إلى ذلك دراسة أجرتها وزارة الصحة فى صفر عام ١٤١٢هـ، خلصت إلى أن فاعلية الأداء بين هذه النوعية لم تتجاوز (٥٨٪)^(٣٣). وكان مجلس القوى العاملة قد تصدى لهذه المشكلة منذ سنوات، وأوصى بإنشاء عدد من الكليات الصحية، وتحويل بعض المعاهد الصحية القائمة إلى كليات صحية، وذلك لتخريج قوى وطنية مؤهلة تأهيلاً جيداً فى المجالات الفنية والتمريضية تلبى احتياجات الخدمات الصحية وتنافس نظيرتها المستقدمة فى نفس هذه المجالات. كما أوصى المجلس بقبول المتميزين من خريجي المعاهد الصحية بكلية العلوم الطبية التطبيقية، بجانب التوصية بإنشاء أكاديمية صحية تتبع الخدمات الطبية بالقوات المسلحة، وكلها تهدف إلى الارتقاء بنوعية تأهيل الوطنيين فى هذا المجال.

أما القطاع الخاص فقد كانت نسبة السعوديين فيه متدنية جداً إذ لم تزد على (٣,١٪) من إجمالى القوى العاملة الصحية الوطنية فى هذا القطاع.

من هنا نخلص أنه على الرغم من النمو المتزايد للقوى العاملة الصحية الوطنية، فإن حجمها الحالى لإجمالى القوى العاملة الصحية فى مختلف الخدمات الصحية ما زال متدنياً، إذ بلغ كما أشرنا سابقاً (٢٥,٢٪) من إجمالى هذه القوى بالملكة فى عام ١٤١٩هـ / ١٤٢٠هـ وهى نسبة تشير فقط إلى الأعداد المطلوبة حالياً (١٠٣٧٧٣) من الوطنيين المؤهلين للعمل فى الخدمات الصحية لإمكان إتمام سعودة المهن الصحية فى المملكة.

وطبقاً للبيانات المستقاة من الكتاب الإحصائى الصحى السنوى لعام ١٤١٩/١٤٢٠هـ^(٣٤)، بلغ عدد الخريجين السعوديين من جميع كليات الطب وطب الأسنان والعلوم الطبية التطبيقية والتمريض (٧٧١) خريجاً وخريجة، منهم (٣٣٠) طبيباً بشرياً، و(٦٨) طبيب أسنان، و(١٢٥) صيدلياً، و(٢٤٨) فنياً وممرضة. كما بلغ إجمالى الخريجين فى نفس العام من المعاهد والكليات الصحية التابعة لوزارة الصحة فى مختلف التخصصات (١١٠٧) خريجين وخريجات. وبذلك يكون إجمالى المعروض من القوى العاملة الصحية الوطنية فى ذلك العام (١٨٧٨) خريجاً وخريجة.

وبافتراض أن هؤلاء الخريجين (١٨٧٨) قد التحقوا فعلاً بالعمل في مجال الخدمات الصحية في ذلك العام، فإن الثغرة التي تمثل الفرق بين الوطنيين الصحيين العاملين فعلاً في مجال الخدمات الصحية وبين الأعداد المطلوبة منهم لإتمام السعودة في ذلك العام (١٠٣٧٧٣) عاملاً صحياً أجنبياً لن تضيق عما كانت عليه قبل ذلك إلا بقدر ضئيل جداً، أى بنسبة (٨,١٪) تقريباً.

وحسب خطة وزارة الصحة في المملكة العربية السعودية للاحتياجات المستقبلية من المهن الصحية خلال الفترة ما بين ١٤١٥ / ١٤١٦ هـ - ١٤٤٤ / ١٤٤٥ هـ من أجل مقابلة النمو السكاني للمملكة من جهة، والتوسع النوعي والعددي في الخدمات الطبية من جهة أخرى، سوف يصل حجم إجمالي القوى العاملة الصحية المطلوبة في عام ١٤٤٤ / ١٤٤٥ هـ إلى (٢٥٢١٤٤) عاملاً موزعين على النحو الذي يوضحه الجدول رقم (٤):

الجدول رقم (٤)

الاحتياجات المستقبلية من مختلف المهن الصحية في عام ١٤٤٤ هـ / ١٤٤٥ هـ *

المهن	سنة الأساس ١٤١٥ / ١٤١٦ هـ			العدد المطلوب في عام ١٤٤٤ / ١٤٤٥ هـ	نسبة الزيادة المتوقعة في إجمالي القوى العاملة الصحية
	عدد السعوديين	الإجمالي	نسبة السعوديين		
أطباء	٤٤١٦	٢٧٦٠٠	١٦,٠	٥٣١٠٠	٩٢,٤
أطباء أسنان	٧٤٥	٣١٧٠	٢٣,٥	٦٣٧٠	١٠١,٠
صيادلة	١٥٢٠	٨٠٠٠	١٩,٠	١٤٧٧٧	٨٥,٠
ممرضون	٩١١٠	٦٠٧٣٤	١٩,٠	١٠٦٧٣٧	٧٥,٧
فنيون	١٢٢٢٧	٣٣٠٤٧	٣٧,٠	٧١١٦٠	١١٥,٣
الإجمالي	٢٨٠١٨	١٣٢٥٥١	٢١,١	٢٥٢١٤٤	٩٠,٢

* الأمانة العامة لمجلس القوى العاملة - مسودة مشروع إستراتيجية تنمية القوى العاملة في القطاع الصحي صفر ١٤١٨ هـ. الجدير بالذكر هنا أن وزارة الصحة اعتمدت في تقديراتها على المؤشرات التالية: طبيب لكل (٦٠٠) نسمة، طبيب أسنان لكل (٥٠٠) نسمة، صيدلي لكل (٢١١٠) نسمة، ممرض أو ممرضة لكل (٣٠٠) نسمة، وفني لكل (٤٥٠) نسمة.

وبالنظر إلى الجدول السابق سوف تتضاعف الأعداد المطلوبة طبقاً ل خطة الاحتياجات المستقبلية من المهن الصحية من عام ١٤١٥ / ١٤١٦ هـ إلى عام ١٤٤٤ / ١٤٤٥ هـ على النحو التالي:

- زيادة عدد الأطباء السعوديين من (٤٤١٦) إلى (٥٣١٠٠) طبيب، أى بنسبة زيادة قدرها (١١٠٣٪) تقريباً.
- زيادة عدد أطباء الأسنان السعوديين من (٧٤٥) طبيباً إلى (٦٣٧٠) طبيباً، أى بنسبة زيادة قدرها نحو (٧٥٥٪).
- زيادة عدد الصيادلة السعوديين من (١٥٢٠) صيدلياً إلى (١٤٧٧٧) صيدلياً، أى بنسبة زيادة قدرها (٨٧٢٪) تقريباً.
- زيادة عدد أعضاء التمريض السعوديين من (٩١١٠) أعضاء إلى (١٠٦٧٣٧) عضواً، أى بنسبة زيادة قدرها نحو (١٠٧٢٪).
- زيادة عدد التقنيين والفنيين السعوديين من (١٢٢٢٧) تقنياً وفنياً إلى (٧١١٦٠) تقنياً وفنياً، أى بنسبة زيادة قدرها (٤٨٢٪) تقريباً.

وبمقارنة أعداد خريجي كليات الطب وطب الأسنان والصيدة والعلوم الطبية التطبيقية والتمريض والمعاهد والكليات الصحية المشار إليهم سابقاً في عام ١٤١٩ هـ / ١٤٢٠ هـ والذين لا يشكلون سوى (٨,١٪) من حجم المعروض في ذلك العام، كما أشرنا من قبل، مما يشير إلى عدم مقدرة تلك الكليات والمعاهد في الوقت الحاضر على الوفاء بالاحتياجات الحالية والمستقبلية من القوى العاملة الصحية الوطنية المطلوبة لزيادة نسب إسهامهم في مختلف الجهات الصحية بالملكة تمهيداً لسعودة هذا القطاع. ونظراً لأهمية هذا الموضوع وما أثير حوله من صعوبات لتعدد الجهات المعنية به، وبعد اطلاع صاحب السمو الملكي الأمير نايف بن عبد العزيز آل سعود وزير الداخلية ورئيس مجلس القوى العاملة عليه، فقد وجه سموه الكريم، في صفر من عام ١٤١٨ هـ، إلى أمانة مجلس القوى العاملة بضرورة تشكيل فريق عمل من وزارة التعليم العالي ووزارة الصحة ووزارة الداخلية والقطاع الصحي الأهلى لإعداد إستراتيجية وطنية لرفع نسبة السعوديين سنوياً في القطاع الصحي من أجل أن تتم السعودة الكاملة لهذا القطاع خلال المدى الزمني للإستراتيجية.

وبناء على هذا التوجيه فقد أعدت الأمانة العامة لمجلس القوى العاملة في شهر ربيع الأول من عام ١٤١٨ هـ تصوراً مبدئياً لمشروع إستراتيجية تنمية القوى العاملة الصحية

الوطنية، والذي أرسلته بدورها إلى فريق العمل المشار إليه أنفاً لبيان مرئياته عليه. ونوجز فيما يلى أهم العناصر التى اشتمل عليها المشروع المقترح للإستراتيجية لتعميم الفائدة منه للدارسين والمهتمين فى هذا الشأن من أجل الاستفادة منه فى معالجة موضوع تنمية القوى العاملة الصحية الوطنية بشكل شامل وتام:

١- المرتكزات الأساسية للإستراتيجية:

تشتمل المرتكزات الأساسية لمشروع الإستراتيجية المقترحة على الإطار المرجعى لها، وثوابت سوق العمل المتصل بالقطاع الصحى فى المملكة، وأهم العوامل المؤثرة فى هذا السوق. وفيما يلى عرض موجز لتلك المرتكزات:

أ - الإطار المرجعى للإستراتيجية:

تتأسس هذه الإستراتيجية على الأسس والمنطلقات التالية:

- ما تضمنته خطط التنمية الاقتصادية والاجتماعية فى المملكة من أهداف وموجهات عمل تتصل بتنمية القوى البشرية.
- الأنظمة واللوائح المعمول بها وتوجهات الدولة العامة فيما يتعلق بتنمية القوى البشرية.
- مهام وصلاحيات مجلس القوى العاملة التى ينص عليها نظامه الصادر بالمرسوم الملكى رقم م/٣١ وتاريخ ١٠ / ٨ / ١٤٠٠ هـ .
- إستراتيجية تنمية القوى البشرية بالمملكة العربية السعودية التى أقرها مجلس القوى العاملة بموافقة مجلس الوزراء رقم ٢/١٠٨ وتاريخ ١٠/٢/١٤١٦ هـ .
- التوجهات الاقتصادية والاجتماعية لأجهزة الدولة المختصة فى المجالات ذات العلاقة بتنمية القوى البشرية وكذلك فى المجالات الصحية المختلفة.

ب - ثوابت سوق العمل المتصل بالقطاع الصحى:

تتمثل أهم ثوابت هذا السوق فى الآتى:

- أن الملكية ورأس المال والعمل مقومات أساسية فى الكيان الاقتصادى والاجتماعى فى المملكة، وهى حقوق خاصة تؤدى وظيفة اجتماعية وفقاً للشريعة الإسلامية - المادة ١٧ من نظام الحكم.
- توجهات الدولة الاقتصادية الرامية إلى تنويع القاعدة الاقتصادية، والتركيز على القطاعات الإنتاجية، وتعزيز فعالية القطاع الخاص.

- أن العمل حق لكل مواطن راغب فيه وقادر على القيام به.
- أن تنمية القوى البشرية هو هدف إستراتيجي للدولة.
- استمرارية الحاجة لبعض الوقت إلى نوعيات معينة من القوى العاملة الوافدة لتدني إسهام القوى العاملة الوطنية في بعض مهن القطاع الصحي حالياً.
- النظرة الاجتماعية السلبية تجاه بعض الأعمال المهنية والخدمية في القطاع الصحي.
- توجهات الدولة العامة وسياساتها تجاه تفعيل برامج توظيف السعوديين.

ج - أهم العوامل المؤثرة في سوق العمل المتصل بالقطاع الصحي في المملكة:

هناك العديد من العوامل التي تؤثر في هذا السوق، يمكن تصنيفها إلى قسمين رئيسيين هما: العوامل العامة ذات الصلة بتوجهات الدولة وسياساتها فيما يتعلق بالقوى العاملة الصحية أو سبل تقديم الخدمات الصحية، والعوامل الفنية الخاصة ذات الصلة بالقطاع الصحي من حيث القوى العاملة والخدمات الصحية. وفيما يلي عرض موجز لكلا النوعين:

- **العوامل العامة** - وتشمل هذه النوعية من العوامل ما يلي:
 - تنمية القطاع الصحي وتطويره كهدف إستراتيجي.
 - توجهات الدولة العامة فيما يتعلق بتطوير قطاع الرعاية الصحية والتوسع فيه وتمويله.
 - الوضع الراهن للرعاية الصحية في المملكة.
 - الوضع الراهن للقوى العاملة الصحية في المملكة ومؤشرات استخدامها.
 - الخطط والبرامج الحالية لتنمية القوى العاملة الوطنية الصحية وتوظيف السعوديين في هذا القطاع.
 - التقنيات المستخدمة في القطاع الصحي وأثرها في تنمية القوى العاملة الصحية.
 - استمرار الحاجة إلى نوعيات معينة من القوى العاملة الوافدة في القطاع الصحي.
 - تأثير النظرة الاجتماعية تجاه بعض الأعمال المهنية والخدمية في المملكة في معدلات توظيف القوى العاملة الوطنية في بعض مجالات العمل في القطاع الصحي.

- **العوامل الفنية الخاصة** - تشمل هذه النوعية من العوامل ما يلى:
- مواجهة متطلبات تشغيل المنشآت الصحية القائمة والمزمع إنشاؤها خلال فترة الإستراتيجية وذلك بتوفير العدد الكافى من القوى العاملة الفنية المؤهلى والمدربة القادرة على تقديم الخدمات الصحية بكفاءة.
 - تنوع الوظائف الفنية وتدرجها من فنية مساعدة إلى فنية إلى تخصصية بما يتفق مع تنوع الخدمات الصحية وتنوع أساليب تقديم الرعاية الصحية من النواحي الفنية والتقنية والعلمية.
 - تزايد الاحتياج من القوى العاملة الصحية الفنية حتى عام ١٤٤٥هـ (سنة نهاية الإستراتيجية) بسبب النمو السكانى من جهة والتوسع النوعى والعددى فى الخدمات الصحية من جهة أخرى. وتشير البيانات المتاحة إلى أن الأعداد المطلوبة من القوى العاملة الصحية ستبلغ فى العام ١٤٤٥هـ ضعف ما عليه فى العام ١٤١٥/١٤١٦هـ، لى يمكن المحافظة على نفس المعدلات الخدمية.
 - مضاعفة نسبة السعوديين من القوى العاملة الصحية فى الوقت الحاضر يضع أعباء مضاعفة على الجهود الهادفة إلى السعودة الكاملة.
 - أن مجرد التوسع فى أعداد الخريجين غير كاف فى حد ذاته لتحقيق أهداف السعودة، بل يتطلب بذل جهود مكثفة لتوجيه السعوديين نحو تخصصات معينة مثل التمريض أو استقطاب نسبة معقولة فى بعض القطاعات لاسيما القطاع الخاص الذى يتميز بنسبة سعودة متدنية أو تكاد تكون معدومة.
 - عدم قدرة كليات الطب وطب الأسنان والعلوم الطبية والكليات والمعاهد الصحية فى الوقت الحاضر على الوفاء بالاحتياجات من القوى العاملة الصحية المطلوبة.

٢- أهداف الإستراتيجية:

للإستراتيجية المقترحة أهداف عامة وفرعية. وتنقسم الأهداف العامة والفرعية بدورها إلى قسمين: أهداف فرعية قصيرة المدى (من سنة واحدة إلى خمس سنوات)، وأهداف فرعية طويلة المدى (أكثر من خمس سنوات):

أ - الهدف العام للإستراتيجية:

تهيئة القوى العاملة الصحية الوطنية وتنميتها لتقوم بإدارة وتشغيل جميع المرافق الصحية بالمملكة، وتقديم الخدمات الصحية المطلوبة حسب المستويات المحددة نوعاً وكماً خلال المدى الزمنى للإستراتيجية.

ب - الأهداف الفرعية للإستراتيجية:

تشمل الأهداف الفرعية الأهداف قصيرة المدى، وطويلة المدى، وذلك على النحو التالى:

- الأهداف قصيرة المدى - تشمل الأهداف قصيرة المدى ما يلى :

١- وفقاً لمعدلات التطور فى أعداد القوى العاملة الوطنية المدربة يتم الحد من القوى العاملة الوافدة العاملة فى القطاع الصحى كما تتم عملية ترشيد استقدامها واستخدامها.

٢- التأكيد على ربط التعليم والتدريب فى الكليات الصحية بأنواعها المختلفة وفى الجامعات وفى الكليات الصحية المتوسطة ومعاهد ومراكز التدريب فى المجال الصحى باحتياجات القطاع الصحى الحكومى والأهلى من القوى العاملة كمّاً ونوعاً.

٣- تحسين ورفع مستوى مهارة وكفاءة العمالة الوطنية فى القطاع الصحى وزيادة قدرتها على مواكبة التطورات العلمية والتغيرات التقنية المستخدمة فى الخدمات الصحية ووسائل تقديمها.

٤- تحقيق مستوى أعلى من التنسيق والتكامل فى مجال تقديمها بين الجهات والأجهزة الحكومية والأهلية العاملة فى هذا المجال بما يؤدى إلى التكامل فى مجال التخطيط للقوى العاملة الوطنية فى القطاع الصحى وتطويرها وتدريبها.

- الأهداف طويلة المدى - تشمل الأهداف طويلة المدى ما يلى:

١- السعى لبلوغ التشغيل الكامل للقطاع الصحى بالقوى العاملة الوطنية مع العمل على الزيادة السنوية فى نسبة إسهام العنصر الوطنى فى إجمالى القوى العاملة بنسبة لا تقل عن (٥٪) سنوياً من إجمالى هذه القوى.

٢- الاستغلال الأمثل للقوى البشرية الوطنية من أجل زيادة إقبال المواطنين للعمل فى المجال الصحى ووضع الخطط اللازمة لتغيير بعض المفاهيم المتصلة بالعمل فى بعض مجالات العمل الصحى لاسيما فى مجال التمريض، مع التركيز على زيادة إسهام المرأة السعودية فى القطاع الصحى ومعالجة القضايا التى تحد من ذلك الإسهام.

٣- موجّهات وبرامج وخطط العمل لتحقيق الأهداف الفرعية للإستراتيجية:

لتحقيق جملة الأهداف قصيرة وطويلة المدى التي تضمنتها الإستراتيجية؛ تم تحديد موجّهات وبرامج وخطط العمل المرتبطة بكل منها، وذلك على النحو التالي:

أ - موجّهات وبرامج وخطط العمل المرتبطة بتحقيق الأهداف قصيرة المدى:

الهدف	موجّهات وبرامج وخطط العمل لتحقيق الهدف
<p>الهدف الأول :</p> <p>وفقاً لمعدلات التطور في أعداد القوى العاملة الوطنية المدربة يتم الحد من القوى العاملة الوافدة العاملة في القطاع الصحي كما تتم عملية ترشيد استقدامها واستخدامها.</p>	<p>١- وضع أولويات محددة لسعودة الأنشطة والمهن والوظائف الصحية، وذلك في ضوء التحديد الدقيق للأهمية الإستراتيجية لها والإمكانية العملية لتوفير ما تحتاج إليه من قوى عاملة وطنية.</p> <p>٢- التنسيق بين الجهات المختصة بتوفير خدمات الرعاية الصحية وكل من وزارة التخطيط ووزارة المالية والاقتصاد الوطني على تخصيص اعتمادات كافية لتنفيذ برامج السعودة. ويشمل ذلك زيادة الاعتمادات المخصصة لبنود التدريب والوظائف التعليمية ومستلزماتها.</p> <p>٣- أن تعمل الجهات الحكومية المنوط بها تقديم الخدمات الصحية للاتفاق مع ديوان الخدمة المدنية على بحث إمكانية إيجاد نظام للحوافز لدعم وتسريع سعودة الوظائف الصحية بالأجهزة الحكومية على أن يتضمن النظام المقترح ما يلي:</p> <p>١× مميزات عينية ومالية ومعنوية للعاملين في المناطق النائية.</p> <p>٢× مميزات إضافية للعمال النسائية في مجال التمريض والقبالة مثل رفع المستوى الوظيفي، وإمكانية العمل الجزئي المرن.</p> <p>٣× تقديم مميزات عينية ومالية للعمل في الحقول والتخصصات التي يندر الإقبال عليها.</p> <p>٤× أن تقوم الجهات والأجهزة المختصة بتقديم خدمات الرعاية الصحية في القطاعين العام والخاص بمسح ميداني حول احتياجاتها التدريبية الحالية والمستقبلية من القوى العاملة وأن يتم ذلك تفصيلياً على وجه يراعي الجوانب المتصلة بالتخصص والمنطقة الإدارية ونوع المرفق الصحي. على ضوء ذلك يتم تحديد أولويات السعودة في التخصصات والمهن الصحية المختلفة، ومن ثم وضع خطة سنوية لتوظيف السعوديين.</p> <p>٤- إيجاد آليات مناسبة لمتابعة تنفيذ القرارات الخاصة بتوظيف السعوديين في القطاع الصحي.</p> <p>٥- إيجاد الوسائل التي تشجع مزيداً من النساء على الانخراط في</p>

الهدف	موجهات وبرامج وخطط العمل لتحقيق الهدف
<p>المهن والتخصصات الصحية في إطار تعاليم الشريعة الإسلامية السمحة.</p> <p>٦- مراجعة نظم التدرج الوظيفي والترقيات لفئات الفنيين الصحيين بحيث تتم المحافظة على الفن والتأكيد على ممارسته لمهنته.</p> <p>٧- المراجعة الدورية لرواتب السعوديين المعيّنين على وظائف في القطاع الخاص بحيث يراعى الحد الأدنى المقبول لدخل الفرد السعودي ويراعى أن لا تقل رواتبهم عن رواتب زملائهم العاملين في القطاعات الحكومية.</p> <p>٨- إلزام المؤسسات الأهلية العاملة في مجالات الخدمات الصحية على التقيد بالمعايير والأسس والإجراءات التي رسمتها الدولة للحد من استخدام واستخدام القوى العاملة الصحية الوافدة.</p> <p>٩- حث الجهات والأجهزة المختصة بتقديم الخدمات الصحية في القطاعين العام والخاص على الإسهام مع الديوان العام للخدمة المدنية ومعهد الإدارة العامة في وضع وتنفيذ برامج سنوية لتخريج دفعات من القيادات الإدارية للعمل بالمرافق الصحية بمستوياتها المختلفة.</p> <p>١٠- تحسين إجراءات وأساليب العمل وترشيد الاستخدام في المرافق الصحية بما يقلل الحاجة إلى استخدام القوى العاملة الصحية الوافدة.</p>	
<p>١- تقوم الجهات والأجهزة المختصة بتقديم الخدمات الصحية بالاشتراك مع وزارة الخدمة المدنية ووزارة التعليم العالي في وضع برنامج لتأهيل بعض خريجي الكليات غير الصحية في الجامعات للتخصص في الحقول الصحية مثل: تأهيل خريجي كلية الزراعة كأخصائيي تغذية، وتأهيل خريجي العلوم كأخصائيي مختبر، وتأهيل خريجي قسم الجغرافيا كباحثي تخطيط صحي.</p> <p>٢- تقوم وزارة الصحة بالتنسيق مع الديوان العام للخدمة المدنية والغرف التجارية بوضع إطار للمعايير والضوابط والأسس التي يتم على ضوئها الترخيص للقطاع الخاص بإنشاء مراكز لتدريب وتأهيل القوى العاملة الفنية الصحية بعد التأكد من جدوى تطبيق الفكرة.</p> <p>٣- تقوم الأجهزة والجهات المختصة بتقديم خدمات الرعاية الصحية بوضع توصيف دقيق وموحد للوظائف الفنية الصحية والفنية الصحية المساعدة والوظائف الإدارية الصحية.</p>	<p>الهدف الثاني:</p> <p>التأكيد على ربط التعليم والتدريب الصحي والطبي المتوسط والجامعي باحتياجات القطاع الصحي الحكومي والأهلي من القوى العاملة كمّاً ونوعاً.</p>

الهدف	موجهات وبرامج وخطط العمل لتحقيق الهدف
	<p>٤- تقوم الأجهزة والجهات المختصة بتقديم خدمات الرعاية الصحية بالتشاور مع الأجهزة التعليمية والتدريبية المختصة لوضع برامج في مجالات:</p> <p>٥- تأهيل المدربين والفنيين في المعامل والأقسام الفنية بالمعاهد والكليات الصحية للقيام بتنفيذ التطبيقات العملية للطلاب والطالبات.</p> <p>٦- تأهيل المعيددين ومنسوبي بعض المهن الصحية من الأخصائيين عن طريق الابتعاث للقيام بوظائف التدريس.</p> <p>٧- استكمال برنامج الكليات الصحية المتوسطة للبنين والبنات بحيث تكون هناك كلية صحية واحدة للبنين وأخرى للبنات لكل مليون نسمة في المتوسط. ويمكن فتح فروع للكليات بتخصصات محددة حسب الحاجة. وحسب الكثافة السكانية لاسيما في المناطق البعيدة.</p> <p>٨- تقوم الكليات الصحية المتوسطة بتنفيذ برامج تأهيل للفئات الصحية المساعدة مثل برنامج تأهيل مساعدات التمريض ومدته من سنة إلى سنتين حسب المستوى التعليمي للمتدربين وذلك للعمل في المجالات الصحية والمرافق الصحية التي لا تتطلب مهارات فنية عالية.</p> <p>٩- تقوم الكليات الصحية المتوسطة بتنفيذ برامج متقدمة لتأهيل فنيين متعددي المهارات للعمل في المراكز الصحية النائية ذات حجم العمل المنخفض.</p> <p>١٠- التأكيد على أن تضم كليات المجتمع أقساماً للتخصصات الصحية.</p> <p>١١- قيام لجنة تنسيق مشتركة للتعليم الصحي الفني تشارك فيه جميع الجهات المتقدمة للخدمات الصحية الحكومية والأهلية والهيئة السعودية للتخصصات الصحية للعمل على:</p> <p>- توحيد المناهج وأساليب التدريب مما يساعد على الاعتراف المتبادل بشهادات التخرج وتحسين فرص التوظيف وتوزيع القوى العاملة الصحية.</p> <p>- مراجعة وفحص المناهج وطرق التدريس والتدريب في المعاهد والكليات الصحية واقتراح السبل الكفيلة بتطويرها لتلائم احتياجاتها.</p> <p>- وضع معايير علمية مقننة لتحديد الاحتياجات من القوى العاملة في القطاع الصحي.</p> <p>- تحديد عدد المقبولين في الكليات والمعاهد الصحية بناءً على معايير الاحتياج.</p>

الهدف	موجهات وبرامج وخطط العمل لتحقيق الهدف
	<ul style="list-style-type: none"> - وضع معايير واضحة لتقويم أداء الطلاب ومتابعة الخريجين. - معالجة مشكلات التسرب من مؤسسات التعليم والتدريب التى تقوم بتأهيل وتدريب القوى العاملة الوطنية فى المجال الصحى. - دعم الكليات الصحية القائمة للتوسع فى قاعدة التعليم الصحى.
الهدف الثالث: تحسين ورفع مستوى المهارة والكفاءة للعمالة الوطنية فى القطاع الصحى وزيادة قدرتها على مواكبة التطورات العلمية والتغيرات التقنية المستخدمة فى الخدمات الصحية ووسائل تقديمها.	١- وضع الخطط والبرامج التى تدعم وتعمق النشاط البحثى فى مجال تنمية القوى العاملة الصحية. ٢- وضع برامج للتعليم المستمر والتدريب على رأس العمل والتقييم المستمر لأداء العاملين ومتابعة تطورهم الوظيفى.
الهدف الرابع: تحقيق مستوى أعلى من التنسيق والتكامل فى مجال تقديم الخدمات الصحية بين الجهات والأجهزة الحكومية والأهلية العاملة فى هذا المجال، ويشمل ذلك تحقيق التكامل فى مجال التخطيط للقوى العاملة الوطنية فى القطاع الصحى وتطويرها وتدريبها.	١- إنشاء مجلس أعلى للخدمات الصحية لرسم سياسة الخدمات الصحية ورفع مستواها والتنسيق فيما بين الجهات التى تقدمها. ٢- تحديد الآليات التى تكفل التكامل والتنسيق بين الجهات الصحية سواء ما يتعلق بأعداد القوى العاملة الوطنية أو التوظيف. ٣- إيجاد قواعد متكاملة من معلومات القوى العاملة الصحية تشمل جانبى العرض (مخرجات التعليم والتدريب) من هذه القوى والطلب عليها (الاحتياجات) مع العمل على تحديثها باستمرار. ٤- وضع آليات التنسيق اللازمة لاستخدام المرافق الصحية فى العملية التعليمية والتدريبية لطلاب الكليات الصحية.

ب - موجّهات وبرامج وخطط العمل المرتبطة بتحقيق الأهداف طويلة المدى:

الهدف	موجهات وبرامج وخطط العمل لتحقيق الهدف
الهدف الأول: السعى لبلوغ التشغيل الكامل للقطاع الصحي بالقوى العاملة الوطنية مع العمل على الزيادة السنوية في نسبة إسهام العنصر الوطني في إجمالي القوى العاملة بنسبة لا تقل عن (٥٪) سنوياً من إجمالي هذه القوى.	١- دراسة الوضع الصحي في المملكة وتحديد المسؤوليات المناطة بكل جهة تقدم الخدمة العلاجية بحيث يحدد دور القطاع الخاص والقطاع العام ممثلاً في وزارة الصحة والقطاعات الأخرى التي تقدم الخدمة العلاجية مثل القطاعات الأمنية والتعليمية. ٢- بحث إمكانية فتح المجال للقطاع الأهلي للإسهام في تأهيل الكوادر الصحية الوطنية وفق الضوابط والأسس التي تقرها الأجهزة المختصة والعمل على تحقيق الاعتراف بمؤهلات المراكز التعليمية الأهلية. ٣- توفير الدعم الكافي لتمويل برامج التأهيل والتعليم الصحي. ودراسة الوسائل الملائمة لإيجاد مصادر تمويلية رافدة للميزانية المخصصة لهذا المجال.
الهدف الثاني: الاستغلال الأمثل للقوى البشرية الوطنية بهدف زيادة إقبال المواطنين للعمل في المجال الصحي ووضع الخطط اللازمة لتغيير بعض المفاهيم المتصلة بالعمل في بعض مجالات العمل الصحي وخاصة في مجال التمريض مع التركيز على زيادة إسهام المرأة السعودية في القطاع الصحي ومعالجة القضايا التي تحد من ذلك الإسهام.	١- تحقيق تنسيق كامل بين القطاعات الصحية المختلفة في مجال تقديم الخدمات الصحية وتوزيع القوى العاملة بما يكفل تحقيق استفادة أفضل من الكفاءات الفنية المتخصصة وتجنب الازدواجية التي تؤدي إلى إهدار الجهود في تنمية القوى البشرية. ٢- زيادة أعداد مؤسسات التعليم والتدريب الصحية وتقويم مناهجها وأساليبها التعليمية والتدريبية ووضع معايير واضحة لتقويم أداء الطلاب ومتابعة الخريجين. ٣- معالجة مشكلات التسرب من مؤسسات التعليم والتدريب التي تقوم بتأهيل وتدريب القوى العاملة الوطنية في المجال الصحي. ٤- إعداد برامج لإعادة تأهيل وتدريب بعض خريجي المؤسسات التعليمية والتدريبية من غير المتخصصين في المهن الصحية للعمل في هذا القطاع. ٥- إيجاد الوسائل التي تشجع كثيراً من النساء لدراسة المهن والتخصصات الصحية والعمل بها بما يتفق مع تعاليم الشريعة الإسلامية. ٦- التأكيد على دور وسائل الإعلام المختلفة في تعميق مفهوم العمل في المجال الصحي وأهميته. ٧- إيجاد نظام من الحوافز المادية والمعنوية لجذب القوى العاملة الوطنية والنسائية منها إلى العمل في الحقول الصحية في المناطق المختلفة بصفة خاصة.

٣- تنفيذ الإستراتيجية ومتابعتها:

يتم تشكيل لجان فنية متخصصة لوضع الخطط والبرامج التفصيلية الهادفة إلى تحقيق تنفيذ الإستراتيجية بعد اعتمادها، ويتم متابعة تنفيذ تلك الخطط والبرامج بصورة دورية.

هوامش الفصل الحادى عشر

١- لمزيد من التفصيل حول التعليم الطبى، انظر:

Katherine Huang, "Graduate Medical Education: The Federal Government's Opportunity to Shape the Nation's Physician Workforce", **Yale Journal on Regulation**, New Haven, Winter 1999, Via E-mail, pp.1-23.

Brett J. Cassens , **Preventive Medicine and Public Health**, (Singapore: John Wiley & Sons, 1990), p.298.

Ibid. , p.298. -٣

٤- منظمة الصحة العالمية، " التعليم المستمر للأطباء "، سلسلة التقارير الفنية رقم ٥٣٤، الطبعة العربية (جنيف: منظمة الصحة العالمية، ١٩٨٠)، ص ٦.

٥- نقلاً عن التقرير السابق، ص ٦.

W.Jack Duncan, Peter M.Ginter ,and Linda E. Swayne, **Handbook of Health Care Management** (Malden, MA: Blackwell Publishers Inc., 1998), pp.212-213.

Ibid. , p.213. -٧

Ibid. , p.213. -٨

Ibid. , pp.213-214. -٩

١٠- لمزيد من التفصيل حول ذلك، انظر:

Donald Pathman , Thomas Konard , and Thomas Ricketts, " Medical Education and the Retention of Rural Physicians ", **Health Services Research** , Vol.29,No.1,Via E-mail,pp.1-12.

Brett J. Cassens , **op.cit.**, p.301. -١١

Stephen Williams and Paul Torrens , **Introduction to Health Services** , 2nd ed. (New York: John Wiley and Sons ,1984), p.325. -١٢

Ibid. , pp.325-326. -١٣

W.Jack Duncan , Peter M.Ginter ,and Linda E. Swayne , **op.cit.**, -١٤ p.216.

Ibid. , p.216. -١٥

- ١٦- Ibid. , p.216.
- ١٧- Brett J. Cassens , **op.cit.**, p.299.
- ١٨- Ibid. , pp.299-301.
- ١٩- لمزيد من التفصيل حول الوصف الوظيفي للقوى العاملة الصحية، انظر:
- حسان حريستانى، إدارة المستشفيات (الرياض: معهد الإدارة العامة، ١٤١٠هـ).
 - دليل التصنيف والتوصيف المهني السعودي الصادر عن الأمانة العامة لمجلس القوى العاملة فى عام ١٤١٨هـ.
 - بعض نماذج الأوصاف الوظيفية للقوى العاملة الصحية المعتمدة فى كل من مستشفيات القوات المسلحة بالملكة، ومستشفى الملك فيصل التخصصى ومركز الأبحاث.
- ٢٠- Brett J. Cassens , **op.cit.**, p.295.
- ٢١- لمزيد من التفصيل حول دور هذه المجالس أو الوحدات، انظر:
- Alfonso Mejia and Tamas Fulop , " Health Manpower Planning: An Overview " , **Health Manpower Planning: Principles , Methods , Issues** , Edited by T.L.Hall and A. Mejia (Geneva: World Health Organization , 1978), pp.40-51.
- ٢٢- Ibid. , p.18.
- ٢٣- طلال الغريانى ومحمد العقلا، " التخطيط للقوى العاملة فى المجالات التقنية والمهنية بالأجهزة الحكومية: المشكلات والحلول"، ندوة التخطيط للقوى العاملة فى المجال الفنى والمهني المنعقدة بمعهد الإدارة العامة (الرياض: معهد الإدارة العامة، ١٥ رجب ١٤١٠هـ)، ص ٢٢.
- ٢٤- A.F. Long and G. Mercer , **Manpower Planning in the National Health Service** (Hampshire, England: Gofer Publishing Company Limited, 1981), p.16.
- ٢٥- للتوسع فى هذا الموضوع، انظر:
- T.L.Hall and A. Mejia, **Health Manpower Planning: Principles, Methods, Issues** (Geneva: World Health Organization, 1978), pp.57-89, 91-116.

٢٦- وكذلك انظر:

محمد عبيدو، **مدخل إلى التخطيط الاقتصادي الصحي** (دمشق: منشورات وزارة الثقافة، ١٩٩٣)، ص ص ١٩٢-٢٠٥.

٢٧- T.L.Hall and A. Mejia, **ibid.** , p.58.

٢٨- Kurt Bretthauer and Murray Cote , " A Model for Planning Resource Requirements in Health Care Organizations ", **Decision Sciences** , Vol. 29, No.1, Winter 1998, pp. 243-266.

٢٩- Joseph Lipscomb et al., "Determining VA Physician Requirements Through Empirically Based Models", **Health Services Research Journal**, Vol.29, No. 6, Feb.1995, Via E-mail , pp.1-15.

٣٠- مجلس القوى العاملة، **القوى العاملة في المملكة العربية السعودية: العرض والطلب ١٤٠٦-١٤١٥هـ**، دراسة غير منشورة (الرياض: الأمانة العامة لمجلس القوى العاملة، ١٤٠٨هـ)، ص ص ٩-١٠.

٣١- إبراهيم العبود وعبد الرحمن السعيد ومنصور المعشوق، **تخطيط القوى العاملة في الأجهزة الحكومية في المملكة العربية السعودية: الأسس والمشكلات والحلول**، بحث ميداني (الرياض: معهد الإدارة العامة، ١٤١٣هـ)، ص ص ١٦-١٨.

٣٢- طلال الغرياني ومحمد العقلا، **مصدر سابق**، ص ص ٢٤-٢٨.

٣٣- محمد السكيت وآخرون، **الفاعلية المهنية لخريجي المعاهد الصحية العاملين في وزارة الصحة** (الرياض: الإدارة العامة للبحوث الطبية، وزارة الصحة، صفر ١٤١٢هـ).

٣٤- وزارة الصحة، **الكتاب الإحصائي الصحي السنوي**، **مصدر سابق**، ص ص ٢١٧ - ٢٢٤.

مراجع الفصل الحادى عشر

أولاً - المراجع العربية:

- ١- إبراهيم العبود وعبد الرحمن السعيد ومنصور المعشوق، تخطيط القوى العاملة فى الأجهزة الحكومية فى المملكة العربية السعودية: الأسس والمشكلات والحلول، بحث ميدانى (الرياض: معهد الإدارة العامة، ١٤١٣هـ).
- ٢- حسان حرسثانى، إدارة المستشفيات (الرياض: معهد الإدارة العامة، ١٤١٠هـ).
- ٣- طلال الغريانى ومحمد العقلا، "التخطيط للقوى العاملة فى المجالات التقنية والمهنية بالأجهزة الحكومية: المشكلات والحلول"، ندوة التخطيط للقوى العاملة فى المجال الفنى والمهنى المنعقدة بمعهد الإدارة العامة (الرياض: معهد الإدارة العامة، ١٥ رجب ١٤١٠هـ).
- ٤- مجلس القوى العاملة، القوى العاملة فى المملكة العربية السعودية: العرض والطلب ١٤٠٦-١٤١٥هـ، دراسة غير منشورة (الرياض: الأمانة العامة لمجلس القوى العاملة، ١٤٠٨هـ).
- ٥- مجلس القوى العاملة، دليل التصنيف والتوصيف المهنى السعودى الصادر عن الأمانة العامة لمجلس القوى العاملة فى عام ١٤١٨هـ.
- ٦- محمد السكىت وآخرون، الفاعلية المهنية لخريجي المعاهد الصحية العاملين فى وزارة الصحة (الرياض: الإدارة العامة للبحوث الطبية، وزارة الصحة، صفر ١٤١٢هـ).
- ٧- محمد عبيدو، مدخل إلى التخطيط الاقتصادى الصحى (دمشق: منشورات وزارة الثقافة، ١٩٩٣).
- ٨- منظمة الصحة العالمية، "التعليم المستمر للأطباء"، سلسلة التقارير الفنية رقم ٥٣٤، الطبعة العربية (جنيف: منظمة الصحة العالمية، ١٩٨٠)، ص ٦.
- ٩- وزارة الصحة، الكتاب الإحصائى الصحى السنوى (الرياض: وزارة الصحة فى المملكة العربية السعودية، ١٤١٩/١٤٢٠هـ).

ثانياً - المراجع الأجنبية:

- 1- A.F. Long and G. Mercer , **Manpower Planning in the National Health Service** (Hampshire, England: Gofer Publishing Company Limited,1981).
- 2 -Brett J. Cassens , **Preventive Medicine and Public Health** , (Singapore: John Wiley & Sons , 1990).
- 3-Donald Pathman , Thomas Konard , and Thomas Ricketts, " Medical Education and the Retention of Rural Physicians ", **Health Services Research** , Vol.29,No.1,Via E-mail,pp.1-12.
- 4- Joseph Lipscomb et al. , " Determining VA Physician Requirements Through Empirically Based Models ", **Health Services Research Journal** , Vol.29, No. 6, Feb.1995, Via E-mail , pp.1-15.
- 5- Katherine Huang, "Graduate Medical Education: The Federal Government's Opportunity to Shape the Nation's Physician Workforce", **Yale Journal on Regulation**, New Haven, Winter 1999, Via E-mail, pp.1-23.
- 6- Kurt Bretthauer and Murray Cote , " A Model for Planning Resource Requirements in Health Care Organizations ", **Decision Sciences** , Vol. 29, No.1, Winter 1998, pp. 243-266.
- 7- Stephen Williams and Paul Torrens, **Introduction to Health Services, 2nd ed.** (New York: John Wiley and Sons, 1984).
- 8- T.L.Hall and A. Mejia, **Health Manpower Planning: Principles, Methods, Issues** (Geneva: World Health Organization, 1978).
- 9- W.Jack Duncan, Peter M.Ginter ,and Linda E. Swayne , **Handbook of Health Care Management** (Malden ,MA: Blackwell Publishers Inc., 1998).

المراجع

أولاً - المراجع العربية:

- الدوريات والندوات والرسائل والوثائق:

- ١- أحمد الخضر، " المزيج الترويجي للخدمات الصحية في المؤسسات الطبية الخاصة بالتطبيق على منطقة القصيم "، رسالة ماجستير، جامعة الملك عبد العزيز، كلية الاقتصاد والإدارة، ١٤١٤هـ.
- ٢- ترجمة مجلة عربيوتر، " نظم إدارة المستشفيات حاسوبياً: الجرعات المطبقة أقل من المطلوب"، مجلة عربيوتر، العدد ٤٥، ١٩٩٣، ص ٨.
- ٣- ثابت عبد الرحمن إدريس، " قياس جودة الخدمة باستخدام مقياس الفجوة بين الإدراكات والتوقعات: دراسة منهجية بالتطبيق على الخدمة الصحية بدولة الكويت"، المجلة العربية للعلوم الإدارية، مجلد ٤، عدد ١، نوفمبر/تشرين الثاني ١٩٩٦م.
- ٤- ثيوليفيلد، رينر سويربورن، وستيف سابيري، " نظم المعلومات الصحية: الأهمية والتطبيقات "، ترجمة محمد ساعتي، مجلة المكتبات والمعلومات العربية، السنة التاسعة عشرة، العدد الأول، رمضان ١٤١٩هـ ((يناير ١٩٩٩))، ص ص ١٤٩-١٦٠.
- ٥- حسان حريستانى، " تعريف الجودة الطبية وطرق تقديرها: استكشافات فى مراقبة الجودة الطبية وتقديرها "، الأصل " لأفديس دونابيديان Avedis Donabedian، مجلة مكتبة الإدارة، المجلد الثانى عشر، العدد الثالث (الرياض: معهد الإدارة العامة، رمضان ١٤٠٥هـ).
- ٦- حسان حريستانى، " المستشفيات والرعاية الصحية الأولية "، مجلة مكتبة الإدارة، المجلد التاسع، العدد الثانى (الرياض: معهد الإدارة العامة، جمادى الأولى ١٤٠٢هـ).
- ٧- حسان حريستانى ونبيل منصور، " التخطيط الصحى كمدخل لمعالجة التنسيق بين الأجهزة الحكومية "، ندوة تنسيق الخدمات الصحية المنعقدة بمعهد الإدارة العامة فى الفترة من ٤-٧ ربيع الثانى ١٤٠٤هـ.
- ٨- خالد سعد بن سعيد، " مدى فعالية برامج الجودة النوعية بمستشفيات وزارة الصحة السعودية "، المجلة العربية للعلوم الإدارية، مجلد ٢، عدد ١، نوفمبر/تشرين الثانى ١٩٩٤م.
- ٩- خطة التنمية السادسة ١٩٩٥ - ٢٠٠٠، وزارة التخطيط بالمملكة العربية السعودية.

- ١٠- ربحى الحسن، " معالجة المشكلات الإدارية: مدخل عام "، مجلة الإدارة العامة، العدد ٤٩ (الرياض: معهد الإدارة العامة، رجب ١٤٠٦ / مارس ١٩٨٦).
- ١١- زهير السباعي، "اقتصاديات الصحة: نظرة عملية"، صحة الخليج، العدد ٣٩، ربيع الأول ١٤٢٠ / يوليو ١٩٩٩، ص ٢٠.
- ١٢- سمير أبو الفتوح، "إطار مفتوح لتطبيق مفاهيم الجودة الشاملة في قطاع الخدمات الصحية"، مجلة المال والتجارة، العدد أغسطس / سبتمبر، السنة ١٩٩٥.
- ١٣- سيد محمد جاد الرب، " التنمية الصحية كمدخل أساسى للتنمية الشاملة "، مجلة الإدارة، المجلد العشرون، العدد الرابع (القاهرة: اتحاد جمعيات التنمية الإدارية، إبريل ١٩٨٨).
- ١٤- طلال الغريانى ومحمد العقلا، "التخطيط للقوى العاملة فى المجالات التقنية والمهنية بالأجهزة الحكومية: المشكلات والحلول"، ندوة التخطيط للقوى العاملة فى المجال الفنى والمهنى المنعقدة بمعهد الإدارة العامة (الرياض: معهد الإدارة العامة، ١٥ رجب ١٤١٠هـ).
- ١٥- عبد الله جماعة، " العلاقة بين عناصر المزيج الترويجى والخدمات الصحية بالتطبيق على المستشفيات والمراكز الصحية الخاصة بالمنطقة الشرقية بالمملكة العربية السعودية، الإدارى، السنة ١٩، العدد ٧١، ديسمبر ١٩٩٧.
- ١٦- عبد الله العمارى ومحمد على التركى، " تنظيم الخدمات الصحية فى المملكة العربية السعودية "، ندوة تنسيق الخدمات الصحية المنعقدة بمعهد الإدارة العامة فى الفترة من ٤-٧ ربيع الثانى ١٤٠٤هـ.
- ١٧- عبد الحميد الفرائضى، " التقييم والرقابة فى المجال الصحى "، ندوة الإدارة الصحية فى المملكة: واقعها وكيفية تطويرها، المنعقدة فى معهد الإدارة العامة بالرياض خلال الفترة ١٠-١٣ يوليو ١٩٧٦.
- ١٨- عبد الرحمن السويلم، "أنماط التأمين الصحى وإمكانية تطبيقه فى دول مجلس التعاون لدول الخليج العربية"، مجلة الجوية، شوال ١٤١٥هـ، ص ٢٢ - ٢٧.
- ١٩- عثمان الربيعه وآخرون، "التأمين الصحى"، مجلة الثقافة الصحية، المجلد السادس، العدد ٣٥ (الرياض: مستشفى قوى الأمن، الإدارة العامة للخدمات الطبية بوزارة الداخلية، رمضان ١٤١٧)، ص ٧٦ - ٨٦.
- ٢٠- علاء غنام، "الطب معضلة أمريكية"، العربى، العدد ٤٢٢، يناير ١٩٩٤، ص ١٤٥.

- ٢١- كارل تيلر، "بحوث النظم الصحية: كيف يمكن استخدامها؟"، **منبر الصحة العالمي**، المجلد الرابع (الإسكندرية: منظمة الصحة العالمية، ١٩٨٣)، ص ٣٥٤-٣٥٥.
- ٢٢- متابعات، "مشروع لنظام التأمين الصحى على منسوبى القطاع الخاص"، **تجارة الرياض**، العدد ٢٨٣، صفر ١٤١٥، ص ص ٣٤-٣٥.
- ٢٣- محمد عبد الله، "محددات الطلب على الرعاية الصحية" **مجلة عالم الاقتصاد**، السنة الخامسة، العدد ٥٤، يوليه ١٩٩٦، ص ص ٤٠-٤٥.
- ٢٤- محمود مطر، "واقع الإدارة المالية فى المستشفيات: دراسة تطبيقية على بعض مستشفيات مدينة الرياض"، **الإدارة العامة**، العدد ٧٣ (الرياض: معهد الإدارة العامة، ١٤١٢هـ).
- ٢٥- محمود مطر، "إستراتيجية احتواء التكاليف وزيادة الكفاءة فى المستشفيات: نموذج مقترح"، **الإدارة العامة**، العدد ٧٦ (الرياض: معهد الإدارة العامة، ١٤١٢هـ).
- ٢٦- محمود مطر، "محددات الهدر للموارد المالية فى القطاع الصحى: دراسة ميدانية فى المملكة العربية السعودية"، **المجلة العربية للعلوم الإدارية**، المجلد الرابع، العدد ٢، مايو/أيار ١٩٩٧م.
- ٢٧- مسفر الدوسرى، "التأمين الصحى"، **مجلة الأموال**، السنة الأولى، العدد الثانى (جدة: شركة الاتصالات الدولية، يناير / مارس ١٩٩٧)، ص ٧٨.
- ٢٨- نائل عواملة، "القطاع الصحى: منظور نظمى للترشيد"، **مجلة الإدارى**، السنة التاسعة، العدد ٢٨ (مسقط: معهد الإدارة العامة، مارس ١٩٨٧).
- ٢٩- هانم إبراهيم الشبيني، "نظم المعلومات فى المستشفيات"، **مجلة التنمية الإدارية**، العدد ٥٨، يناير ١٩٩٣.

- البحوث والكتب:

- ١- إبراهيم العبود وعبد الرحمن السعيد ومنصور المعشوق، **تخطيط القوى العاملة فى الأجهزة الحكومية فى المملكة العربية السعودية: الأسس والمشكلات والحلول**، بحث ميدانى (الرياض: معهد الإدارة العامة، ١٤١٣هـ).
- ٢- أ. ب ماخ و ب. أبل سميث، **مالية القطاع الصحى: دليل للبلدان النامية، منظمة الصحة العالمية** (الأسكندرية: المكتب الإقليمى لشرق البحر المتوسط، ١٩٨٩).
- ٣- أنور رسلان، **القانون الإدارى السعودى: تنظيم الإدارة العامة ونشاطها: دراسة مقارنة** (الرياض: معهد الإدارة العامة، ١٩٨٨).

- ٤- آمال منصور وكرم منصور، الرعاية الصحية الأولية: الدليل العملي لعامل صحة المجتمع في لبنان (بيروت: منظمة الصحة العالمية، ١٩٩١).
- ٥- أريك وباري دايفز، التسويق الناجح، ((ترجمة: مركز التعريب والبرمجة))، الطبعة الأولى (الرياض: الدار العربية للعلوم، ١٩٩٧).
- ٦- جميل عبد الله الجشي، التقنية الإدارية في مشاريع التنمية الإنشائية، الطبعة الأولى (جدة: تهامة للنشر، ١٩٨٧م).
- ٧- حسان حرساني، إدارة المستشفيات (الرياض: معهد الإدارة العامة، ١٤١٠هـ).
- ٨- حسان حرساني، إدارة المستشفيات: حقيبة تدريبية (الرياض: معهد الإدارة العامة، بدون تاريخ).
- ٩- حسين الفلاحى، نظم المعلومات الإدارية من وجهة نظر المستفيد (كتاب مترجم)، الأصل لـ James O. Hicks (الرياض: معهد الإدارة العامة، ١٤٠٧هـ).
- ١٠- خالد بن سعيد، أساسيات التخطيط في المنشآت الصحية، الطبعة الأولى (الرياض: مطابع الفرزدق التجارية، ١٩٩٣).
- ١١- ريتشارد ويليمز، أساسيات إدارة الجودة الشاملة، الطبعة الأولى (الرياض: مكتبة جرير، ١٩٩٩).
- ١٢- ستيفن كوهين ورونالد براند، إدارة الجودة الكلية في الحكومة: دليل عملي لواقع حقيقى، ترجمة د. عبد الرحمن هيجان (الرياض: معهد الإدارة العامة، ١٤١٨هـ).
- ١٣- سهام حجازى، الإدارة فى المنظمات الصحية: بالتطبيق على المنظمات الصحية فى دولة الكويت، (الكويت: الهيئة العامة للتعليم التطبيقي والتدريب، ١٩٨٨).
- ١٤- طلال الأحمدى، إدارة الجودة الشاملة: تطبيق إدارة الجودة الشاملة فى الرعاية الصحية وضمان استمرار الالتزام بها، (كتاب مترجم)، الأصل لهيو كوش (الرياض: معهد الإدارة العامة، ٢٠٠٢).
- ١٥- طلعت عبد الحميد، الأسس والمفاهيم الحديثة للتسويق الفعال (الرياض: مركز التدريب والتطوير فى الغرفة التجارية الصناعية بالرياض، بدون تاريخ).
- ١٦- عادل المهدي، التسويق الخارجى وتحديات المنافسة الدولية (القاهرة: مطابع لوتس، ١٩٩٣).
- ١٧- عبد المحسن الحيدر، تقويم الأداء فى أقسام المرافق الطبية: حقيبة تدريبية، (الرياض: معهد الإدارة العامة، بدون تاريخ).

- ١٨- على العبيد أحمد، **مذكرة في التحليل التنظيمي** (الرياض: معهد الإدارة العامة، بدون تاريخ).
- ١٩- على عبد الوهاب، **مقدمة في الإدارة** (الرياض: معهد الإدارة العامة، ١٩٨٢).
- ٢٠- مجلس القوى العاملة، **القوى العاملة في المملكة العربية السعودية: العرض والطلب ١٤٠٦-١٤١٥هـ**، دراسة غير منشورة (الرياض: الأمانة العامة لمجلس القوى العاملة، ١٤٠٨هـ).
- ٢١- مجلس القوى العاملة، **دليل التصنيف والتوصيف المهني السعودي** الصادر عن الأمانة العامة لمجلس القوى العاملة في عام ١٤١٨هـ.
- ٢٢- محمد السكيت وآخرون، **الفاعلية المهنية لخريجي المعاهد الصحية العاملين في وزارة الصحة** (الرياض: الإدارة العامة للبحوث الطبية، وزارة الصحة، صفر ١٤١٢هـ).
- ٢٣- محمد عبيدو، **مدخل إلى التخطيط الاقتصادي الصحي** (دمشق: وزارة الثقافة، ١٩٩٣).
- ٢٤- منظمة الصحة العالمية، "التعليم المستمر للأطباء"، **سلسلة التقارير الفنية رقم ٥٣٤**، الطبعة العربية (جنيف: منظمة الصحة العالمية، ١٩٨٠)، ص ٦.
- ٢٥- **مؤسسة الأمير سلطان بن عبد العزيز آل سعود الخيرية**، مشروع مدينة سلطان بن عبد العزيز للخدمات الإنسانية بمدينة الرياض، غير منشور، ١٩٩٤.
- ٢٦- منظمة الأمم المتحدة للطفولة "يونيسف"، **وضع الأطفال في العالم** (عمان، الأردن: قسم الإعلام والعلاقات الخارجية في المكتب الإقليمي للشرق الأوسط وشمال إفريقيا، ١٩٩٢).
- ٢٧- منظمة الصحة العالمية، "العملية الإدارية في التنمية الصحية الوطنية: مبادئ توجيهية للاستعمال دعماً لإستراتيجيات توفير الصحة للجميع بحلول عام ٢٠٠٠" **"سلسلة الصحة للجميع" رقم ٥** (جنيف: منظمة الصحة العالمية).
- ٢٨- وديع كامل، **المرشد في إدارة المستشفيات مع أمثلة من العالم العربي** (عمان: منشورات المنظمة العربية للعلوم الإدارية).
- ٢٩- وزارة الصحة، **الكتاب الإحصائي الصحي السنوي** (الرياض: وزارة الصحة في المملكة العربية السعودية، ١٤١٩/١٤٢٠هـ).
- ٣٠- وليد هوانة، **الإشراف: مدخل علم السلوك التطبيقي لإدارة الناس**، (كتاب مترجم)، الأصل لجيري جراي (الرياض: معهد الإدارة العامة، بدون تاريخ).

ثانياً - المراجع الأجنبية:

- الدوريات:

- 1- Ajay Kohli and Bernard Jaworski , " Market Orientations: The Construct Research Propositions and Managerial Implications ", **Journal Of Marketing** , No.54, April 1990,pp.1-8.
- 2- Aline Arnold , " The Big Bang Theory of Competition in Health Care", **Business Forum** , Vol.15,No.4,1991,pp.6-9.
- 3- Arnold Kaluzny, C.P.McLaughlin, and D.Kibbe, " Quality Improvement: Beyond the Institution ", **Hospital and Health Services Administration**, Vol.40, No.1, Spring 1995.
- 4- Barbara Hulka and John Wheat , " Patterns of Utilization: The Patient Perspective", **Medical Care Journal**, Vol.23, No.5, May 1985, pp. 438-460.
- 5- Bruce Wrenn , Stephen LaTour ,and Bobby Calder , " Differences in Perceptions of Hospital Marketing Orientation Between Administrators and Marketing Officers ", **Hospital and Health Services Journal** , Vol.39,No.3,1994,pp.341-358.
- 6- Chee Chow,Kamal Haddad,and Adrian Wong- Boren " Improving Subjective Decision Making in Health Care Administration", **Hospital and Health Services Administration Journal**, Vol.36, (Summer 1991), pp.191-210.
- 7- David B. Pryor, "Clinical Data Bases: Accomplishments and Unrealized Potential ", **Medical Care Journal** , Vol.23, No.5, May 1985.
- 8- Donald Johnson," Integrated Systems Reassess Strategies ", **Health Care Strategic Management Journal** , January 1999.
- 9- Donald Pathman , Thomas Konard , and Thomas Ricketts, " Medical Education and the Retention of Rural Physicians ", **Health Services Research** , Vol.29,No.1,Via E-mail,pp.1-12.
- 10- Donald M. Steinwachs , " Management Information Systems: New Challenges to Meet Changing Needs ", **Medical Care Journal**, Vol.23, No.5, May 1985.
- 11- Donald Vickery, "Toward Appropriate Use of Medical Car", **Health-care Forum Journal** , January / February , 1996 , pp. 15-19.
- 12- E.A. Suchman, "Social Patterns of Illness and Medical Care", **Health and Social Behavior Journal** , No.6, 1965, pp.2-16.
- 13- E.A. Suchman, "Stages of Illness and Medical Care", **Health and So-**

- cial Behavior Journal** , No.6, 1965, pp.2-16.
- 14- Eli Ginzberg and Marian Ostow, "Organization and Financing of Medical Care Resources", **Medical Care Journal**, Vol.23, No.5, May 1985 .
 - 15-Emily Friedman, "Making Choices", **Health Care Forum Journal**, November / December , 1997.
 - 16- G.de Lissovoy et al., " Preferred Provider Organizations: Today's Models and Tomorrow's Prospects " , **Inquiry**, No.23,1986.
 - 17- G.J. Schieber et al., " Health Spending , Delivery , and Outcome in OECB Countries , **Health Affairs** , Vol.12, No.4,1993.
 - 18- Harold Luft, " Competition and Regulation", **Medical Care Journal**, Vol.23 , No.5 , May 1985.
 - 19- Harvey Fineberg , "Technology Assessment: Motivation, Capability, and Future Directions", **Medical Care Journal**, Vol.23, No.5, May 1985 .
 - 20- Haug, P.et al., " Decision Support in Medicine", **Computers and Biomedical Research**, No.27,1994.
 - 21- HCFA, "The Next Decade of Health Care Spending", National Health Care Expenditures Project Team , National Statistics Group , Office of Actuary for the U.S., **Health Industry Today** , Via Internet, October 1999.
 - 22- Health Management Hotlist, " Integrating Health Information Systems: A Key to Improving Patient Information and Care ", **Health Management Technology**, October 1997.
 - 23- James Rohrer and Daniel Domingues , " Determinants of Successful Community Health System Planning " **Journal of Healthcare Management** , Vol.43, No. 2, March/April 1998, pp. 156 - 165.
 - 24- John Eisenberg, "Physician Utilization: The State of Research About Physicians' Practice Pattern", **Medical Care Journal**, Vol.23, No.5, May 1985 , pp.461-483.
 - 25-John Guaspari, "Total Quality Management in Health Care", **Hospital & Health Services Administration** , Spring 1991.
 - 26- John Mckinlay , " Some Approaches and Problems in the Study and Use of Services: An Overview", **Health and Social Behavior Journal** , No.13,1972, pp.115-152.
 - 27- Johnston, M.et al., " Effects of Computer Based Performance and Patient Outcomes", **Annals of Internal Medicine**, Vol. 120, No.2., 1994.

- 28- Joseph Lipscomb et al. , " Determining VA Physician Requirements Through Empirically Based Models " , **Health Services Research Journal** , Vol.29, No. 6, Feb.1995, Via E-mail , pp.1-15.
- 29- Katherine Huang , " Graduate Medical Education: The Federal Government's Opportunity to Shape the Nation's Physician Workforce " , **Yale Journal on Regulation** , New Haven , Winter 1999, Via E-mail, pp.1-23.
- 30- Katharine Levit et al., "National Health Expenditures, 1993", **Health Care Financing Review**, Vol.16, No.1, Fall 1994.
- 31- Kenneth Brannan , " Total Quality in Health Care " , **Production and Inventory Management Journal** , 2nd Quarter ,1997, pp.69-73.
- 32- Kenneth Clow , "Advertising Health Care Services:Commentary " , **Journal of Health Care Marketing** , Via Internet , March 1999 , p.9.
- 33- Kurt Bretthauer and Murray Cote , A Model for Planning Resource Requirements in Health Care Organizations , **Decision Sciences Journal** , Vol. 29 , No. 1 , Winter 1998 , pp. 243-266.
- 34- Lee Sechrest , " Experiments and Demonstration in Health Services Research " , **Medical Care Journal**, Vol.23, No.5, pp.683-684.
- 35- Mark Field, "The Concept of the Health System at the Macro-sociological Level" , **Social Science and Medicine**, 1973, Vol. 7, pp. 763.
- 36- Mark Hornbrook and Sylvester Berki , " Practice Mode and Payment Method: Effects on Use, Costs, Quality, and Access " , **Medical Care Journal** , Vol.23, No.5, May 1985, p.487.
- 37- Mark Wozmak , " Managed Care: A Primer " , **American Academy of Medical Administrators Executives**, January / February 1995.
- 38- Michael E. Milakovich , "Creating a Total Quality Health Care Environment" , **Health Care Management Review**, Spring 1991.
- 39- Michael Maciosek , "Dissatisfaction with Rising Health Expenditures and the Hopes of Expenditure-Reducing Reforms" , **Illinois Business Review**, Summer 1994.
- 40- Pan S. Kim & Delinda D. Johnson , " Implementing Total Quality Management Programs in Health Care Industry " , **Health Care Supervisor** , March 1994.
- 41- Paul Plesk , "Techniques for Managing Quality" , **Hospital and Health Services Administration Journal**, Vol 40, No.1, Spring 1995.
- 42- Paul Nutt , " How Top Managers in Health Organizations Set Direc-

- tions That Guide Decision Making", **Hospital and Health Services Administration Journal** , Vol.36, (Spring 1991),pp.57-75.
- 43- Peter Doubilet and Barbara McNeil, Clinical Decision Making , **Medical Care Journal** , Vol.23,No.5, May 1985,pp.648-662.
- 44- Richard Scott, " Managing Professional Work " , **Health Services Research** , Vol. 17 , Fall 1982 , pp. 213-240.
- 45- Robert Dickinson et al., " Rethinking Specialist Integration Strategies", **Healthcare Financial Management** , January 1999.
- 46- Robert H. Brook and Kathleen N. Lohr , " Efficacy, Effectiveness, Variations, and Quality", **Medical Care Journal**, Vol. 23, No.5, May 1985.
- 47- Seth Allcorn , " Using Matrix Organization to Manage Health Care Delivery Organizations " , **Hospital and Health Services Administration Journal** , Vol. 35, No.4 , Winter 1990, pp.575-590.
- 48- Scott Nordlund, "Implementing Total Quality Management Programs in Health Care Organizations " , **Hospital Material Management Quarterly**, May 1991.
- 49- Steven Globberman and Aidan Vining , " A Policy Perspective on Mixed Health Care Financial Systems of Business and Economics " , **The Journal of Risk and Insurance** , Vol.65,No.1,1998.
- 50- Susan E. Heinbuch,"A Case of Successful Technology Transfer to Health Care: Total Quality Materials Management and Just in Time, **Journal Management in Medicine**, Vol. 9, No. 9 ,1995.
- 51- Wendy Lynch , D.W.Lynch , and Alan Johnson , " Predicting The Demand for Healthcare " , **Healthcare Forum Journal** , January / February , 1996 , pp. 20-24.

- الكتب:

- 1- A.F. Long and G. Mercer, **Manpower Planning in the National Health Service** (Hampshire, England: Gofer Publishing Company Limited, 1981).
- 2- A.G. Mulley, **Improving Clinical Practice** (San Francisco: Jossey Bass Inc., 1995).
- 3- **American Hospital Association** , Health Care Facility Planning and Construction (New York: Van Nostrand Reinhold , 1989).
- 4- The American Institute of Architects, **Guidelines for Construction and Equipment of Hospital and Medical Facilities** (Washington, D.C.: The American Institute of Architects Press , 1987).

- 5- Beaufort B.Longest, **Management Practices for the Health Professional**, 4th ed. (Norwalk , Connecticut : Appleton and Lange, A Publishing Division of Prentice Hall , 1990).
- 6-Brett J. Cassens, **Preventive Medicine and Public Health** (Singapore: John Wiley and Sons , 1990).
- 7- Bruce Wrenn, "Health Care Marketing", **Handbook of Health Care Management** , Edited by W.Jack Duncan , Peter Ginter , and Linda Swayne (Malden , MA: Blackwell Publishers Inc.,1998).
- 8- Charles Austin and Karen Wager, " Health Information Systems", **Handbook of Health Care Management**, Edited by W.Jack Duncan et. al. (Malden,MA: Blackwell Publishers, Inc., 1998).
- 9- Chester Barnard, **The Function of Executive** (Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1938).
- 10- David Fine and Rohn , " Financial Planning and Management ", **The AUPHA Manual of Health Services Management** , Edited by Robert Taylor and Susan Taylor (Gaithersburg, Maryland: Aspen Publishers Inc., 1994).
- 11- David Mechanic, **Handbook of Health Care and the Health Professions** (New York: The Free Press , 1983).
- 12- DM Warner and DC Holloway , **Decision Making and Control For Health Administration**, 2nd ed. (Ann Arbor,Michigan: Health Administration Press, 1984).
- 13- Edna Huffman, **Health Information Management**, 10th ed. (Berwyn, Illinois: Physicians' Record Company, 1994).
- 14- G. Ross Baker et.al., "Organizational Designs for Health Care" , **The AUPHA Manual of Health Services Management** , Edited by Robert Taylor and Susan Taylor (Gaithersburg, Maryland: Aspen Publishers, Inc., 1994).
- 15- Gary Whitted, "Private Health Insurance and Employee Benefits", **Introduction to Health Services**, 4th ed., Edited by Stephen Williams and Paul Torrens (Albany, New York: Delmar Publishers Inc.,1993).
- 16- Gerard Anderson and Stephanie Maxwell , " The Organization and Financing of Health Care Services", **The AUPHA Manual of Health Services Management**, Edited by Robert Taylor and Susan Taylor (Gaithersburg, Maryland: Aspen Publishers Inc.,1994).
- 17- Harold Koontz and Cyrill O'Donnel, **Principles of Management** (N.Y.: McGraw Hill Book Company , 1964).

- 18- Harvey Brightman, **Problem Solving: A Logical and Creative Approach** (Atlanta, Georgia: Business Publication Division, 1980).
- 19- Henry Mintzberg, **The Structuring of Organizations** (Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, 1979).
- 20- James Anderson, Carolyn Aydin, and Stephen Jay, **Evaluating Health Care Information Systems** (Thousands Oaks, California: SAGE Publications Inc., 1994).
- 21- James Gibson et.al., **Organizations: Behavior, Structure , Process**, 7th ed. (Homeland, Illinois: Richard D. Irwine, Inc.,1991).
- 22- James E. Hosking, " Planning Health Care Facilities" , **Health Care Administration: Principles, Practices, Structure, and Delivery**, 2nd ed., Edited by: Lawrence F. Wolper (Gaithersburg , Maryland: Aspen Publishers, Inc., 1995).
- 23- Jerome McCarthy and William Perreault, **Basic Marketing: A Managerial Approach**, 10th ed. (Homewood, Illinois: Richard Irwin,1990).
- 24- J. Kosa and L. Robertson, " The Social Aspects of Health and Illness, **Poverty and Health: A Sociological Analysis**, Edited by J. Kosa and I. Zola (Cambridge, MA: Harvard University Press, 1975), pp.40-79.
- 25- John Pearce and Richard Robinson , **Management** (New York: Random House, 1989).
- 26- **Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 1996 Edition** (Oakland Terrace, Illinois: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 1997).
- 27- Jonathon Rakich, Beaufort Longest, and Kurt Darr, **Managing Health Services Organizations**, 3rd ed. (Baltimore, Maryland: Health Professions Press, 1992).
- 28- Kohn, R. and White, K., **Health Care: An International Study** (N.Y: Oxford Medical Publications , 1976).
- 29- Lu Ann Aday, **Designing and Conducting Health Surveys: A Comprehensive Guide** (San Francisco: Jossey - Bass Publishers, 1989).
- 30- M.H. Becker, **The Health Belief Model and Personal Health Behavior** (Thorofare, New Jersey: Charles B. Slack , 1974).
- 31- Milton Terris, The Three World Systems of Medical Care: Trends and Prospects, **World Health Forum**, 1980.
- 32- Peter Blam and Richard Scott, **Formal Organizations** (California: San Fransico: Chandler Publishing Corporation, 1962).

- 33- Peter Ginter , Linda Swayne , and W. Jack Duncan, **Strategic Management of Health Care Organizations**, 3rd ed. (Malden, MA: Blackwell Business, 1998).
- 34- Philip Kotler and Roberta Clarke, **Marketing for Health Care Organizations** (Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall Inc., 1987).
- 35- Richard Hodgetts and Dorothy Cascio , **Modern Health Care Administration** (N.Y.: Academic Press , Inc. , 1983).
- 36- Robert Douglass , " Facilities Planning and Construction " , **The AU- PHA Manual of Health Services Management** , Edited by Robert Taylor and Susan Taylor (Gaithersburg , Maryland: Aspen Publishers, Inc. , 1994).
- 37- Robin MacStravic , **Determining Health Needs** (Ann Arbor, Michigan : Health Administration Press , 1978).
- 38- Rod Sheaff , " Informatics and Health Care " , **Managing Health Services Information Systems: An Introduction** , Edited by Rod Sheaff and Victor Peel (Buckingham, United Kingdom: Open University Press, 1995).
- 39- Sam Wilson, " The Corporate Business Plan and Information Systems", **Healthcare Information Management Systems: A Practical Guide** , Edited by Marion Ball et al.(New York: Springer- Verlag New York , Inc., 1991).
- 40- Sheldon Dorenfest, " Health Care Information Systems " , **Health Care Administration: Principles, Practices, Structure, and Delivery**, Edited by Lawrence Wolper, 2nd ed. (Gaithersburg, Maryland: Aspen Publishers, Inc.,1995).
- 41- Stephen Andriole, **Handbook of Problem Solving:An Analytical Methodology** (New York: Petrocelli Books, Inc.,1983).
- 42- Stephen Shortell and Arnold Kaluzny , **Health Care Management: A Text in Organization Theory and Behavior** , 2nd ed. (N.Y.: John Wiley and Sons , 1988).
- 43- Stephen Williams and Paul Torrens , **Introduction to Health Services** , 4th ed.(Albany, New York: Delmar Publishers Inc. , 1993).
- 44- Thomas Gallagher, **Problem Solving With People: The Cycle Process** (New York: University of America Press , 1987).
- 45- T.L.Hall and A. Mejia, **Health Manpower Planning: Principles, Methods , Issues** (Geneva: World Health Organization , 1978).
- 46- T.M. Mills , **The Sociology of Small Groups** (Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall , 1967).

- 47-World Health Organization , National Health Systems and Their Orientation Towards Health For All: Guidance For Policy Making , **Public Health Papers , No 77**, 1984.
- 48- **World Health Organization**, "A Review of Determinants of Hospital Performance: Report of the WHO, Hospital Advisory Group Meeting", (Geneva: World Health Organization, District Health Systems, Division of Strengthening of Health Services, 11-15 April 1994).
- 49- World Health Organization , " Health Program Evaluation : Guiding Principles ", **Health for all Series , No. 6** (Geneva: World Health Organization , 1981).
- 50-W. Jack Duncan , Peter M. Ginter , and Linda E. Swayne, **Handbook of Health Care Management** (Malden, MA: Blackwell Publishers Inc. , 1998).

المؤلف فى سطور

الدكتور طلال بن عايد الأحمدي

- ولد بمكة المكرمة عام ١٩٦٠م.

المؤهل العلمى:

درجة الدكتوراه فى إدارة الخدمات الصحية من جامعة بتسبرج بالولايات المتحدة الأمريكية، عام ١٩٩٥م.

الوظيفة الحالية:

- أستاذ إدارة الخدمات الصحية المشارك- مدير إدارة البحوث - معهد الإدارة العامة.

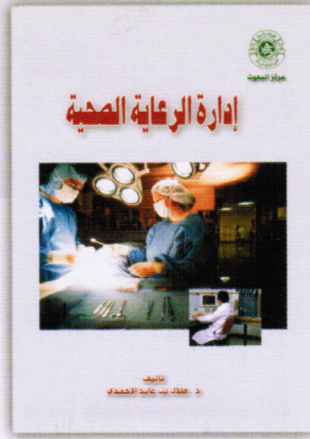
الأنشطة العلمية والعملية:

- العوامل المحددة لمدة بقاء المريض فى المستشفيات الحكومية بمدينة الرياض بالملكة العربية السعودية، دورية معهد الإدارة العامة المجلد الثامن والثلاثون، العدد الثالث، رجب ١٤١٩هـ.
- ترجمة كتاب تطبيق إدارة الجودة الشاملة فى الرعاية الصحية وضمان استمرار الالتزام بها ٢٠٠٢م.
- بحث بعنوان الأمراض الشائعة بمدينة الرياض.
- ترجمة ونشر عدد من المقالات العلمية المتخصصة.
- التدريب والتدريس فى مجال الإدارة الصحية.
- أوراق عمل فى العديد من الندوات العلمية المتخصصة.
- الاشتراك فى العديد من اللجان العلمية والإدارية داخل المعهد وخارجه.
- رئيس فريق العمل المكلف من الأمانة العامة للجنة الوزارية للتنظيم الإدارى بإعداد دراسة إنشاء جهاز يعنى بالغذاء والدواء.
- تنفيذ عدد من الاستشارات التنظيمية والدراسات الإجرائية لعدد من الأجهزة الحكومية.
- مستشار غير متفرغ لدى وزارة الصحة.

حقوق الطبع والنشر محفوظة لمعهد الإدارة العامة ولا يجوز اقتباس
جزء من هذا الكتاب أو إعادة طبعه بأية صورة دون موافقة كتابية من
المعهد إلا في حالات الاقتباس القصير بغرض النقد والتحليل، مع وجوب
ذكر المصدر.



تصميم وإخراج وطباعة
الإدارة العامة للطباعة والنشر بمعهد الإدارة العامة - ١٤٢٥هـ



هذا الكتاب

يهدف إلى إلقاء الضوء على أهم المفاهيم والأسس والمنهجيات والجوانب التطبيقية المتصلة بموضوعات إدارة الرعاية الصحية ومنظوماتها، وأهم ما تنطوي عليه من مشكلات تعوق النهوض بمستويات أدائها.

وقد كان الحافز إلى وضع هذا الكتاب افتقار المكتبة العربية إلى دراسة شاملة لهذا الميدان التطبيقي الأخذ في التوسع؛ إذ قلما ينظر إلى مسألة تحسين نظم الرعاية الصحية وإدارة منظوماتها بصورة شاملة.

وقد تناول المؤلف موضوعات الكتاب وعرضها في أحد عشر فصلاً، اشتملت على دراسة نظم الرعاية الصحية، والتخطيط لمرافقها وتنظيم منظوماتها، والرقابة على مرافقها وخدماتها، وتقييم تلك الخدمات، وحل مشكلاتها الإدارية، والنظر في كيفية اتخاذ القرارات في إدارتها، وذلك تناول ضروري في كل دراسة من هذا القبيل.

كما يستلزم الأمر - في إطار التحسين المستمر لجودة خدمات الرعاية الصحية، وتحسين مجالات استخدامها، والحد من تكاليفها، والتنافس في اجتذاب الزبائن، والعمل على الظفر برضاهم - دراسة واعية لموضوعات إدارة نظم المعلومات الصحية، واستخدام الخدمات الصحية، ونظم تمويلها وتسويقها وإدارة الجودة فيها على نحو أمثل. وأخيراً تم بحث القوى العاملة الصحية من حيث فئاتها وأهميتها ومفهوم التخطيط لها وأساليب تقدير الاحتياجات من هذه القوى.

وأخيراً أسأل الله تعالى أن يكون هذا الكتاب عوناً لدارسي الإدارة الصحية، ومسئولي التخطيط الصحي، وصانعي القرارات والسياسات الصحية، والباحثين المعنيين بهذا المجال، وذلك لاستيعاب أسس الإدارة الصحية، نظرياتها وتطبيقاتها.

ردمك : ٩ - ١٢٠ - ١٤ - ٩٩٦٠

تصميم وإخراج وطباعة الإدارة العامة للطباعة والنشر - معهد الإدارة العامة ١٤٢٥هـ